FIOCRUZ

dados

RADIS
Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde

Nº 18 - Maio de 1996

AIDS

As Doenças Oportunistas

INTRODUÇÃO

ÁLVARO NASCIMENTO *

Desde há muito tempo, laços estreitos aproximam o trabalho desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz na área da pesquisa, ensino, controle de qualidade, assistência, produção de insumos e disseminação de informação em saúde, do esforço da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) na luta pela implantação de uma política eficaz de prevenção, controle e tratamento da doença.

Em vários momentos - como na busca de um controle eficaz da qualidade do sangue e na formatação de um texto constitucional que garantisse saúde como um direito de todos - Fiocruz e Abia caminharam ombro a ombro, buscando elevar consciências, informar e mobilizar profissionais de saúde, parlamentares, autoridades sanitárias e a chamada sociedade civil organizada.

Particularmente o Programa Radis abriu suas páginas em diversas oportunidades para que tanto a Abia como outras Organizações Não-Governamentais preocupadas com a questão saúde se fizessem ouvir.

Até por este passado, mas não só por ele, foi com satisfação que encontramos a excelente "Coleção Abia - Série Tratamentos", com valiosas informações a respeito das doenças oportunistas causadas pela Aids, incluindo causas, principais sintomas e os tratamentos indicados.

Os dados são de grande importância tanto para os doentes como para os profissionais de saúde que previnem ou tratam as vítimas da epidemia no Brasil. Como entre os quase 40 mil leitores do Radis espalhados em todo o País e no exterior muitos trabalham nos serviços de saúde, as informações contidas no excelente trabalho publicado pela Abia é de grande ajuda para se entender a magnitude não apenas da epidemia, mas das doenças oportunistas dela advinda.

Baseada no material "Treatment Issues, Fact Sheef", editado nos Estados Unidos pela Gay Men's Health Crisis (GMHC), a Série Tratamentos, da Abia, passou por uma criteriosa avaliação de especialistas em HIV/ Aids brasileiros que adaptaram o texto à realidade da epidemia no Brasil, num esforço que contou, ainda, com a participação de tradutores e revisores da Universidade de São Paulo (USP).

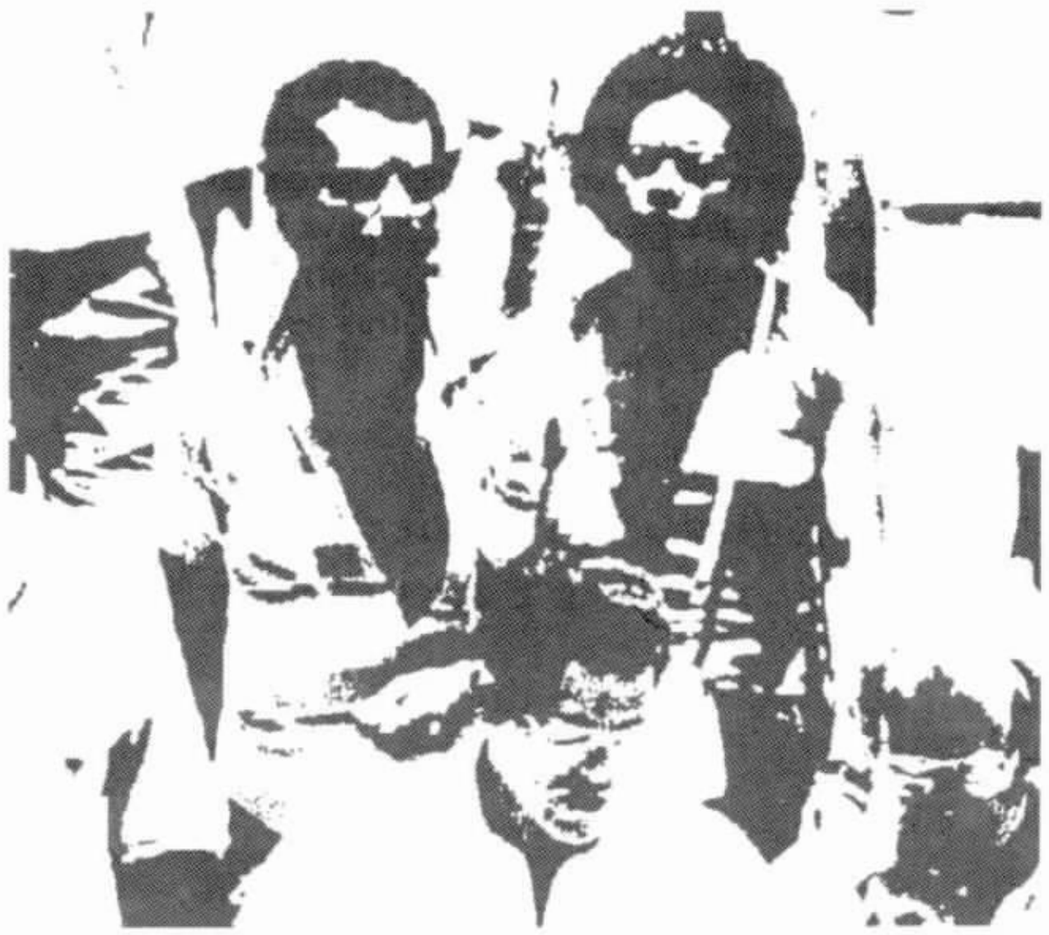
É um trabalho que cai como uma luva nesta DADOS denominada "2 em 1", que tem, ainda, outra capa, outra apresentação e outro excelente estudo produzido por Francisco Inácio Bastos, que começa do outro lado da revista. Médico formado em 1981 pela Uerj, doutor em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz e trabalhando hoje no Departamento de Informações para a Saúde da Fundação (com quatro livros publicados sobre o assunto), ele preparou um trabalho revelador sobre a mutação que vem se registrando na epidemia de Aids, apresentando dados da OMS e do Ministério da Saúde sobre a proliferação da doença no Brasil e no mundo.

* ***Álvaro Nascimento*** **é Editor e Coordenador do Programa Radis/Ensp/Fiocruz.**

ABIA

Série Tratamentos

APRESENTAÇÃO



As informações a respeito da epidemia de HIV/AIDS nem sempre são repassadas às pessoas - principalmente às diretamente afetadas - na velocidade em que deveriam. Foi pensando nisso que a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS criou a **Coleção ABIA**: sempre que possível, e baseados no aval de especialistas, apresentaremos da maneira mais simples e direta possível informações sobre um determinado assunto.

Visando ser um instrumento de consulta preliminar, **Coleção ABIA** compõe-se de folhas avulsas que formam uma série, o que permite a inclusão periódica de novos materiais a respeito do tema abordado, bem como sua reprodução por parte dos leitores.

Inauguramos a **Coleção ABIA** com a *Série Tratamentos*, uma tradução do material "Fact Sheet - Treatment Issues", da Gay Men's Health Crisis (GMHC). Na produção desta série a ABIA contou com a valorosa colaboração de especialistas em HIV/AIDS que fizeram a adaptação dos textos à realidade brasileira. Contou também com a inestimável colaboração de tradutores e revisores, principalmente do CITRAT/USP. Nesta série, apresentamos causas, sintomas e tratamentos de algumas das principais doenças e infecções que afetam as pessoas com HIV, como candidíase, citomegalovírus, criptosporidiose e microsporidiose, herpes, micobacteriose, sarcoma de Kaposi, toxoplasmose e tuberculose.

A Coleção ABIA espera ser um espaço de informações e esclarecimentos relativos à epidemia de HIV/AIDS, como também um instrumento prático para auxiliar na melhora da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil.

Rio de Janeiro, março de 1996

ESTE MATERIAL FOI EDITADO NO BRASIL PELA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA) A PARTIR DA SÉRIE "TREATMENT ISSUES, FACT SHEET - GMHC". / ABIA: RUA SETE DE SETEMBRO, 48/12º ANDAR - RJ - 20050-000
TEL.: (021)224-1654 FAX: (021) 224-3414 / GMHC: 129 W. 20 ST., NY, NY, USA, 10011
APOIO: SCIAF / TIRAGEM: 2000 EXEMPLARES, 1996 / COORDENAÇÃO EDITORIAL: JANE GALVÃO E JACINTO CORRÊA
CONSULTORIA: JORGE BELOQUI - NEPAIDS - USP / TRADUÇÃO : RONEIDE VENANCIO MAJER
REVISÃO MÉDICA: DR. DRÁUZIO VARELLA / REVISÃO DA TRADUÇÃO: REGINA ALFARANO - CITRAT - USP
REVISÃO FINAL: MARCELO SECRON BESSA / PROGRAMAÇÃO VISUAL: HELIANA SONEGHET PACHECO

MAIS INFORMAÇÕES: "GUIA DE CONDUTAS CLÍNICAS EM DST/AIDS" E "CO-INFECÇÃO TB/HIV/AIDS", DO PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

TUBERCULOSE

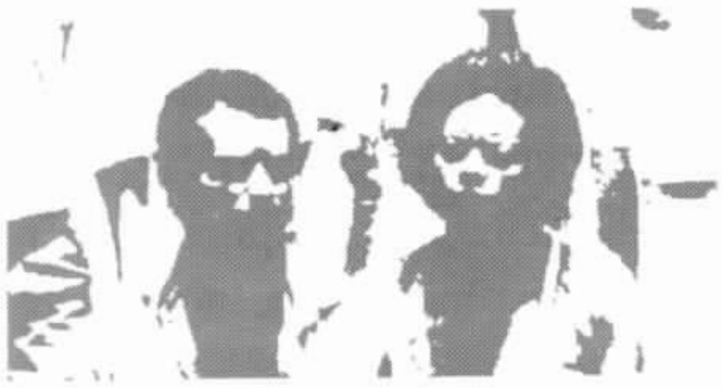
O que é tuberculose (TB)?

A tuberculose (TB) é uma doença causada por uma bactéria (germe) que se espalha pelo ar, em geral quando alguém que sofre dessa doença tosse ou espirra. Qualquer pessoa pode ser infectada pelos bacilos da TB, porém as que são HIV positivas correm risco maior de contrair a doença. Embora a TB possa ocorrer em qualquer lugar do corpo, apenas a TB pulmonar e da garganta são contagiosas. A TB pode ocorrer em qualquer faixa de contagem das células CD4, acima ou abaixo de 200.

Qual é a diferença entre infecção TB e doença TB?

A infecção TB (TB latente) significa apenas que os bacilos da TB penetraram em seu corpo. As pessoas infectadas pela TB geralmente não apresentam sintomas, e a maior parte delas não desenvolve a doença e nem a transmite.

Ter a doença TB (TB ativa) significa que os bacilos da TB entraram em atividade em seu corpo e farão com que você adoeça. Apenas as pessoas com TB ativa podem transmiti-la aos outros. Esta doença pode ser evitada ou curada, mas sem tratamento pode ser fatal.



Quais são os sinais e sintomas de doença TB?

Os sintomas gerais da doença TB são febre, suores noturnos, perda de peso, fadiga e anorexia. A TB pulmonar provoca tosse persistente e, às vezes, sangue na expectoração (catarro). A doença TB pode acontecer junto com outras infecções, especialmente pneumonia por *Pneumocystis carinii* (PPC) e micobacteriose (*Mycobacterium avium* complex - MAC).

Como um médico pode dizer se tenho TB?

Para se diagnosticar a infecção TB é necessário fazer um teste especial na pele, chamado PPD (teste de Mantoux), que provoca inchaço por vários dias, caso você esteja infectado. Um teste positivo indica que a pessoa tem **infecção** TB. Para saber se você tem a **doença** TB ativa, é preciso fazer raio x de tórax e cultura da expectoração. Caso você tenha HIV, o teste PPD talvez não funcione.

TB pode ser evitada?

A isoniazida, também chamada INH, é um antibiótico em pílulas aprovado para a prevenção da doença. Deve ser tomado durante pelo menos um ano e é indicado para todas as pessoas com HIV que sejam positivas para o teste de PPD. As pessoas com HIV e também com infecção TB apresentam 10% de risco de desenvolver a doença TB ativa. Seu médico deve fazer acompanhamento mensal dos efeitos colaterais da INH. Caso você esteja infectado e não possa tomar remédio para evitar a doença TB, é muito importante fazer consultas médicas com regularidade e entrar em contato com seu médico logo que comece a apresentar sinais da doença TB ativa. **Lembre-se**: sempre que tossir ou espirrar use lenços de papel e peça às outras pessoas para fazerem o mesmo.

Há tratamento para TB?

Sim. A doença TB pode ser tratada e curada com medicação. O tratamento de TB começa com pelo menos quatro medicamentos, mas esse número pode ser reduzido após dois meses. As pessoas com HIV precisam tomar os remédios por tempo mais prolongado que as outras. É importante que você tome toda a medicação até o médico garantir que a TB está curada. Pular alguns horários ou interromper a medicação porque se sente melhor pode fazer com que sua TB volte a ficar contagiosa. Também pode ficar mais difícil de ser tratada, e talvez você piore.

Alguns medicamentos geralmente usados para tratar TB:

ISONIAZIDA (INH) - efeitos colaterais: problemas de fígado, dor ou formigamento nas mãos e pés (neuropatia), febre e erupções cutâneas. **Dicas:** às vezes deve ser tomada em jejum, e outras com alimentação para reduzir problemas de estômago; tome vitamina B6 para reduzir a neuropatia; não tome bebidas alcoólicas (aumentam os problemas de fígado); não faça uso de antiácidos que contenham alumínio, nem de laxantes (reduz a absorção do INH).

RIFAMPICINA - efeitos colaterais: problemas de fígado, febre, sintomas parecidos com os de gripe, pode tornar os líquidos do seu corpo alaranjados (urina, fezes, secreções) e provocar manchas permanentes em lentes de contato gelatinosas. Os pacientes em tratamento com metadona podem precisar de um aumento de até 50% para evitar sintomas de suspensão. **Dicas:** não tome bebidas alcoólicas; não tome com alimentação; pular horários da medicação pode provocar sintomas parecidos com os de gripe.

ETAMBUTOL - efeitos colaterais: náusea, vômito, problemas oculares e erupções cutâneas.

PIRAZINAMIDA - efeitos colaterais: náusea, vômito, erupções cutâneas, problemas de fígado, dores nas articulações. **Dicas:** tome bastante líquido diariamente.

ESTREPTOMICINA (injetável) - efeitos colaterais: problemas renais, de audição e sangüíneos. **Dicas:** avise seu médico em caso de qualquer febre, náusea, vômito, erupção cutânea, reação alérgica, tontura, perda de audição ou respiração difícil.

ÁCIDO *P*-AMINOSSALICÍLICO (PAS) - efeitos colaterais: reação alérgica severa, náusea, problemas de fígado, deficiência de vitamina B12 e problemas sangüíneos. **Dicas:** tome com alimentação para reduzir os problemas estomacais; avise seu médico em caso de erupção cutânea, febre, inflamação da garganta, sangramento fora do comum ou hematoma.

O que é tuberculose resistente (TBR)?

A **TBR** é a tuberculose resistente ao tratamento por, pelo menos, duas das drogas normalmente usadas no tratamento da TB (INH e rifampicina). Sua TB pode se tornar resistente caso você não receba tratamento por tempo suficiente, não tome os medicamentos corretos ou os tome de forma inadequada. Você também pode se infectar diretamente com a TBR. Como a TBR muitas vezes causa a morte de pessoas com HIV em poucas semanas, o tratamento preventivo de suspeitas de infecções TBR é altamente recomendável. O tratamento da doença TBR exige o uso de cinco ou seis medicamentos, que variam de acordo com o padrão de resistência ao medicamento em sua área geográfica.

SARCOMA DE KAPOSI

O que é Sarcoma de Kaposi (SK)?

SK é um tumor dos vasos sangüíneos que ocorre em pessoas com HIV. Acredita-se que o crescimento de pequenos vasos sangüíneos com infiltração de células provoque manchas, placas, nódulos ou tumores arroxeados ou avermelhados chamados de lesões.

Quais são os sinais de SK?

As pessoas com SK apresentam lesões arroxeadas ou avermelhadas que podem surgir na pele. Indivíduos negros ou de pele escura com SK apresentam manchas escuras que podem ser confundidas com outros problemas cutâneos. As lesões normalmente não dóem e podem surgir em qualquer ponto da pele, mucosa, gânglios ou órgãos internos. Pessoas com SK nos pulmões costumam tossir ou ter dificuldade respiratória. O SK no estômago ou no intestino pode provocar dores e sangramentos.

O que causa SK?

Não se sabe o que causa o SK, mas já foi detectado um vírus que pode ser o causador da doença. Alguns médicos acreditam que o SK pode estar relacionado a um germe sexualmente transmissível.

As mulheres podem ter SK?

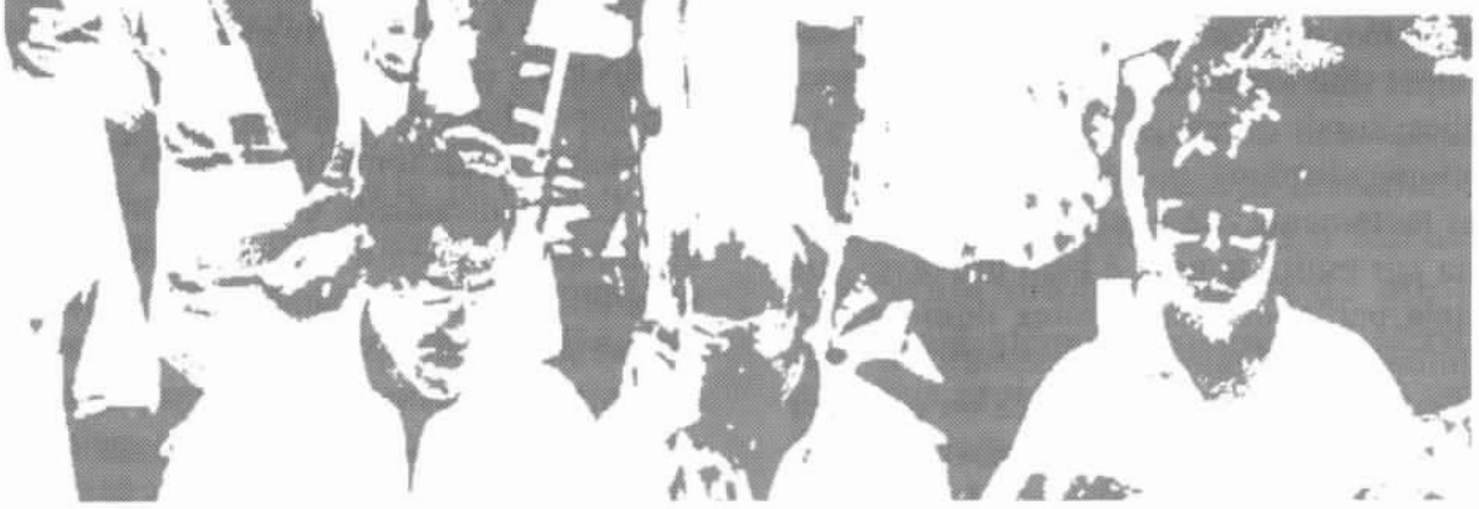
O SK atinge principalmente homossexuais e bissexuais do sexo masculino, mas pessoas que contraíram o HIV através do uso de drogas injetáveis, relações heterossexuais ou transfusões de sangue também podem contrair o SK. Não se sabe porque os homossexuais do sexo masculino contraem o SK com maior freqüência. O SK é raro em mulheres.

Como SK é diagnosticado?

Se notar a presença de manchas pelo corpo, lembre-se de dizê-lo a seu médico imediatamente. Normalmente faz-se um exame conhecido como biópsia, em que uma pequena amostra da lesão da pele é retirada e examinada em microscópio, para determinar se a mancha é uma lesão de SK.

Há como se tratar de SK?

Normalmente, o SK pode ser tratado. A maioria dos doentes de AIDS não morre de SK. O tratamento pode depender da localização e do número de lesões. Podem-se remover ou reduzir as lesões de SK na pele através de radiação, congelamento, intervenção cirúrgica ou injeção de interferon ou vimblastina na lesão. Portadores de lesões de SK dentro do organismo, ou quando as mesmas estejam causando inchaço nas pernas, podem precisar de quimioterapia. Às vezes, pessoas submetidas à quimioterapia perdem cabelo, têm náuseas, vômitos, diarréia ou febre.

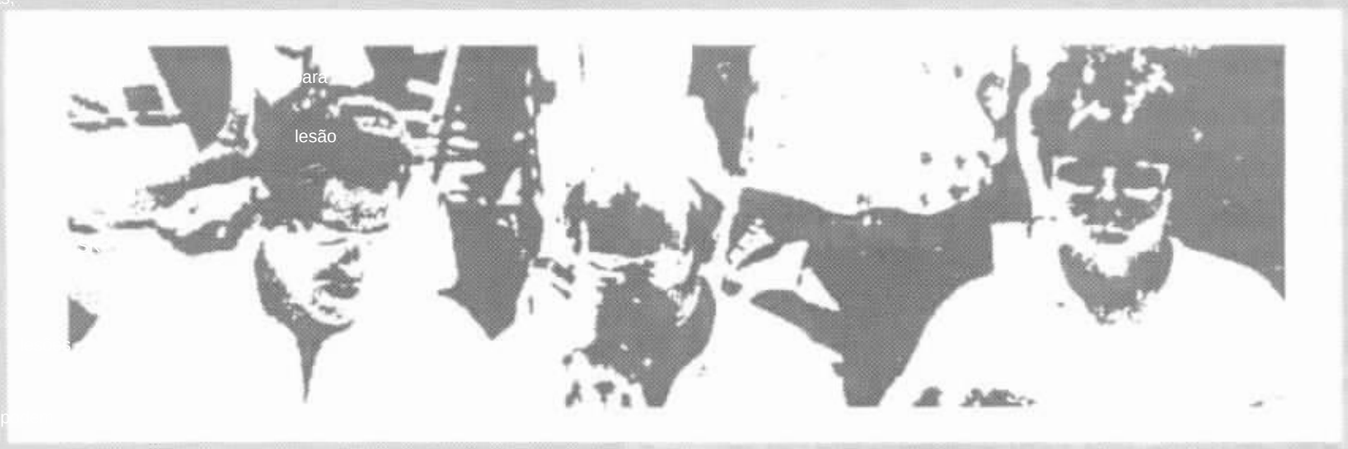


Pergunte a seu médico a respeito dos seguintes tratamentos para SK, realizados gratuitamente no Brasil:

- radiação
- quimioterapia: adriamicina,bleomicina e vincristina (conhecido como "ABV")
- injeções intralesionais (vimblastina)
- crioterapia (congelamento)

OBS.: o interferon α tem indicação mais restrita devido ao alto custo, baixa eficácia e efeitos colaterais.

Pergunte a seu médico a respeito do tratamento experimental para SK com ácido retinóico.



CRIPTOSPORIDIOSE E MICROSPORIDIOSE

O que é criptosporidiose?

Criptosporidiose é uma doença causada no intestino por um parasita, chamado *criptosporidium*. Muitas pessoas estão expostas a este agente, mas as que possuem o sistema imunológico saudável normalmente livram-se do parasita sem que apresentem qualquer sintoma ou fiquem doentes. Seu médico pode solicitar um exame de fezes para descobrir se você tem essa doença. Existe uma outra doença chamada meningite criptocócica, completamente diferente da criptosporidiose.

Quais são os sinais de criptosporidiose?

Portadores de criptosporidiose normalmente têm diarréia aquosa por mais de 4 vezes por dia. Perda de peso, náusea, vômito, cólica, dor de estômago e febre também são sintomas comuns, que podem se desenvolver lentamente. Se você estiver com diarréia por muito tempo, é bem provável que esteja perdendo importantes líquidos, vitaminas e sais minerais necessários à vida. Se estiver com diarréia crônica ou qualquer um dos outros sintomas, você deve procurar seu médico imediatamente.

Criptosporidiose pode ser evitada?

A criptosporidiose é muito contagiosa, sendo difícil evitar o contato com o germe. A melhor forma de evitar essa doença é estar sempre limpo, lavar as mãos com freqüência (principalmente após a relação sexual e após ir ao banheiro) e evitar a presença de fezes nas mãos e na boca.

Pode-se contrair a criptosporidiose da água que se bebe, por isso é aconselhável tomar água filtrada ou fervê-la antes de beber.

Há como se tratar de criptosporidiose?

Não existe um medicamento que mate o germe completamente, mas há alguns que que ajudam a controlar a diarréia. O medicamento mais comumente usado nos casos de criptosporidiose é a espiramicina e a paramomicina. A azitromicina também pode ser útil. Um medicamento experimental testado atualmente contra a criptosporidiose é o letrazuril. Às vezes, os sintomas da criptosporidiose podem diminuir sem qualquer medicação. Não se sabe exatamente por que isso acontece; pode estar relacionado a melhorias no sistema imunológico, decorrente de drogas anti-retrovirais, como o AZT, ou de outras causas desconhecidas.

Algumas pessoas têm demonstrado serem capazes de controlar a diarréia por meio de alterações na alimentação. Indivíduos com criptosporidiose muitas vezes evitam laticínios (leite, queijo, sorvete), comidas e bebidas que contenham cafeína (café, chocolate, chá, refrigerantes) e alimentos gordurosos.

Na maioria das vezes, medicamentos à venda nas farmácias contra a diarréia não são capazes de controlar esse tipo de diarréia, podendo até piorá-la. Medicamentos contra diarréia acessíveis mediante prescrição médica são cloridrato de difenoxilato mais atropina e o cloridrato de loperamide.

O que é microsporidiose?

Microsporidiose também é uma doença causada por um parasita em pessoas com HIV. É difícil para o seu médico descobrir se você tem essa doença ou não. Normalmente isso exige que ele faça um exame chamado biópsia, em que uma pequena amostra da parede do intestino é removida e examinada.

Quais são os sinais de microsporidiose?

Pessoas com microsporidiose podem ter diarréias graves, como acontece na caso da criptosporidiose. Se os seus olhos estiverem coçando o tempo todo ou sensíveis à luz, pode ser um sinal de microsporidiose nos olhos. A microsporidiose também pode infectar o fígado, os rins, os músculos e o cérebro.

Microsporidiose pode ser evitada?

Não se sabe ao certo como as pessoas contraem a microsporidiose. Por isso, é importante tomar precauções como lavar e cozinhar bem os alimentos, beber água limpa e usar camisinha na relação sexual.

Há como se tratar de microsporidiose?

Como para a criptosporidiose, não há um tratamento comprovado para a microsporidiose, a não ser os medicamentos para reduzir a diarréia. O albendazol é um medicamento experimental disponível para uso em pesquisas clínicas na Universidade de Nova York e está disponível no Brasil. O albendazol demonstra eficiência em pelo menos metade dos pacientes. Outros medicamentos em uso contra a microsporidiose são a paramomicina, metronidazol e itraconazol (contra a microsporidiose nos olhos).

Quais são os efeitos colaterais dos tratamentos contra criptosporidiose e microsporidiose?

Paramomicina: náusea, danos reversíveis aos rins, possível perda da audição.
Azitromicina: náusea, possível perda da audição (muito raro).
Itraconazol: náusea, dor de cabeça, dor de estômago. Fornecido gratuitamente no Brasil.
Metronidazol: dor de estômago, febre, náusea. Fornecido gratuitamente no Brasil.
Albendazol: toxicidade hepática, neutropenia. Fornecido gratuitamente no Brasil.

CITOMEGALOVÍRUS

O que é CMV?

CMV é a abreviação de **citomegalovírus**, um vírus do grupo herpes. É um vírus que na maior parte dos casos provoca doença nos olhos (retina) ou no intestino das pessoas com HIV. O CMV, no entanto, pode infectar o corpo inteiro e pode, também, provocar doenças nos pulmões, garganta, cérebro, rins, bexiga, fígado e outros órgãos. A ocorrência do CMV nos olhos é chamada retinite por CMV. É a doença que mais provoca cegueira em pessoas com AIDS. A ocorrência do CMV no cólon é chamada colite por CMV.

Quais são os sinais de CMV?

As pessoas com retinite por CMV apresentam visão embaçada, mudanças incomuns no campo de visão ou vêem pequenos pontos volantes chamados flutuantes. Você pode ter a impressão de que um véu foi colocado diante de seus olhos. As pessoas com colite por CMV podem apresentar diarréia, dor abdominal, perda de peso, febre, perda do apetite ou dificuldade de deglutição. O CMV também pode causar neuropatia dolorosa (formigamento nas mãos ou pés) ou icterícia (pele amarela). Se você apresentar algum desses sintomas, procure seu médico imediatamente; o diagnóstico precoce é importante.

CMV pode ser evitado?

Não há medicamentos que possam evitar as doenças por CMV. Embora alguns pacientes tomem aciclovir para prevenir doenças provocadas pelo CMV, estudos mostram que ele não funciona. Outros medicamentos estão sendo utilizados em testes clínicos para prevenir as doenças do CMV, como o ganciclovir por via venosa ou, numa preparação mais recente, por via oral.

Muitas pessoas já possuem o CMV em seus corpos, mas não adoecem, mesmo estando infectadas pelo HIV. A maior parte daquelas que desenvolvem as doenças provocadas pelo CMV tem um número muito baixo de células CD4. Seu médico pode realizar um teste de sangue para verificar se você foi exposto ao CMV.

CMV pode ser tratado?

Há dois tratamentos padrão para as doenças provocadas pelo CMV: ganciclovir e foscarnet. Nenhum dos dois medicamentos irá curar o CMV, mas poderão interromper a evolução da doença causada por ele. Ambos exigem uma infusão diária, o que significa que o medicamento deve ser administrado por via venosa por um período de aproximadamente 2 horas, diariamente. Em função dos medicamentos apenas retardarem a doença, o tratamento deve continuar pelo resto da vida, e as consultas devem ser constantes para que se tenha certeza de que o CMV não está evoluindo. Em muitos casos, os medicamentos não funcionam bem ou dão origem a efeitos colaterais prejudiciais que provocam mal-estar. Os médicos, então, ajustam as doses e/ou trocam de medicamento. Alguns estudos demonstram maior eficácia do foscarnet em relação ao ganciclovir, mas o foscarnet apresenta maior número de efeitos colaterais, além de requerer infusão diária mais prolongada e de ser mais caro. Há medicamentos em teste clínico que podem ser mais fáceis de administrar.

Quais são os efeitos colaterais do tratamento com o ganciclovir?

O efeito colateral mais comum do ganciclovir é a neutropenia (baixo número de glóbulos brancos). É geralmente reversível, desde que o medicamento não seja mais ingerido. A neutropenia pode também ser tratada com o G-CSF e/ou o GM-CSF. Ambos são ministrados por via injetável. O AZT também pode causar neutropenia, de modo que a atenta monitoração da quantidade de glóbulos brancos é muito importante no caso de tratamento conjunto de AZT e ganciclovir. Outros efeitos colaterais do ganciclovir são: anemia, febre, erupções ou funcionamento anormal do fígado. O foscarnet pode causar sérios danos aos rins, náuseas e ulcerações na pele. Ambos os medicamentos exigem acompanhamento médico.

O ganciclovir IV é fornecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde, segundo a Portaria nº 21/95.

MAC

O que é MAC?

MAC (*Mycobacterium avium complex*), também chamado **micobacteriose**, é uma doença grave que ocorre em pessoas com AIDS, causada por uma bactéria (germe).

Os germes do MAC encontram-se no ar, água, terra, alimentos e em muitos animais. É impossível evitar o contato com os germes do MAC. Quando uma pessoa inspira, come ou bebe, pode se infectar. O MAC provavelmente não é transmitido de pessoa para pessoa.

Quais são os sintomas de MAC?

O MAC infecta o corpo inteiro. Os seus sintomas podem ser os mesmos de outras doenças, apresentando: febre alta, diarréia, perda de peso, dor de estômago, cansaço e anemia (baixa taxa de glóbulos vermelhos). O MAC também pode causar infecções no sangue, hepatite, lesões na pele, pneumonia e muitas outras doenças graves.

O MAC ocorre em pessoas com AIDS que possuem um número muito baixo de células CD4. Muitas pessoas que contraem o MAC têm menos de 50 células CD4/mm³. O MAC quase nunca ocorre em pessoas com mais de 100 células CD4/mm³. Quanto mais uma pessoa com AIDS permanecer com um número reduzido de células CD4, maior sua chance de contrair o MAC. Pessoas anêmicas (com pequeno número de glóbulos vermelhos) também têm alto risco de desenvolver o MAC. Usuários de AZT, um medicamento anti-HIV, parecem apresentar o MAC com menos freqüência.

Como o médico sabe que tenho MAC?

O médico geralmente utiliza o teste de sangue para saber se o paciente tem o MAC. O teste de sangue não é perfeito, e às vezes outros testes são necessários, como biópsias do fígado ou da medula e pesquisa nas fezes. As biópsias consistem em retirar uma amostra do fígado ou da medula por meio de uma agulha grande. São mais dolorosas, porém mais confiáveis que os testes de fezes.

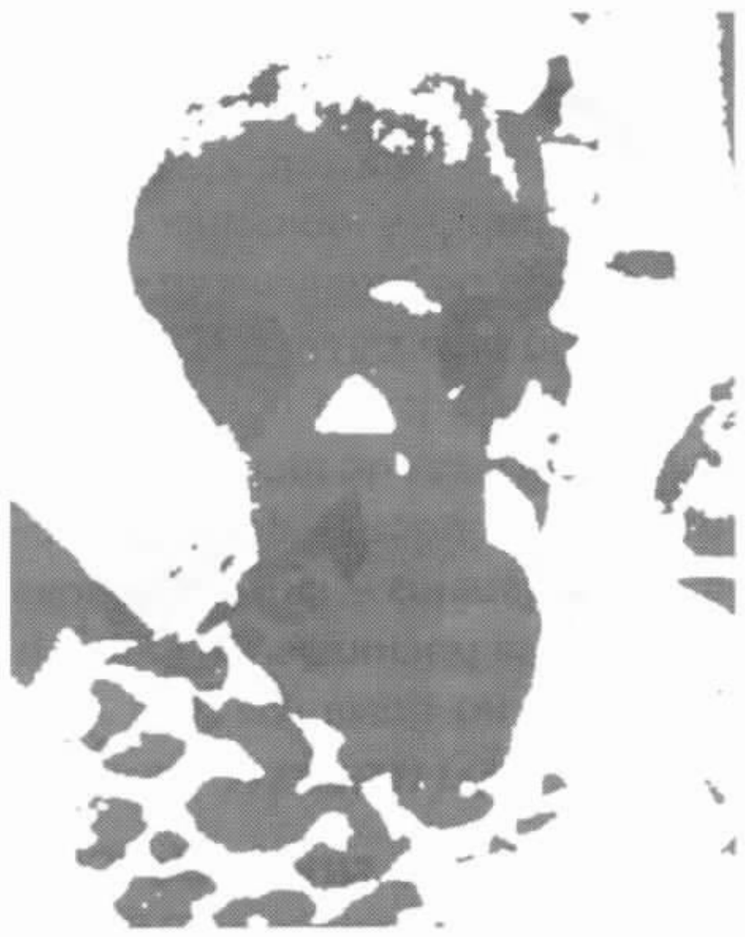
Como MAC pode serevitado?

A rifabutina, também chamada micobutina, é uma droga aprovada para a prevenção do MAC. É uma pílula a ser tomada diariamente. A rifabutina causa efeitos colaterais, como erupções, problemas sangüíneos e, em algumas pessoas, náuseas. A rifabutina auxilia alguns pacientes, mas não previne o MAC em todos. Em cada caso, é preciso consultar o médico para saber se a rifabutina pode ser utilizada. Em função dos anêmicos serem mais propensos ao MAC, o médico deve acompanhar regularmente o número de glóbulos vermelhos e iniciar um tratamento, caso ele esteja baixo.

Outras drogas são utilizadas para prevenir o MAC, mas estas ainda não são aprovadas para este fim. Esses medicamentos incluem a claritromicina e a azitromicina. Ambos são comprimidos. Não há informação sobre a possível eficácia da claritromicina e da azitromicina na prevenção do MAC.

MAC pode ser tratado?

O MAC pode ser tratado, mas devem ser utilizados diferentes medicamentos. O tratamento do MAC pode fazer você se sentir melhor, mas não se sabe se pode prolongar a vida. Ele deve incluir ao menos dois medicamentos, um dos quais deve ser ou a claritromicina ou a azitromicina. O médico prescreve outros medicamentos a serem administrados com a claritromicina ou a azitromicina. Diferentes medicamentos provocam reações individuais diferentes, e cada um deles apresenta seus efeitos colaterais, alguns mais prejudiciais que outros. Os mais sérios destes efeitos raramente ocorrem. Muitas pessoas não sentirão nenhum efeito colateral. Confira, no quadro a seguir, os possíveis efeitos colaterais.



MEDICAMENTO	EFEITO COLATERAL
Claritromicina	Dor de cabeça, náusea, vômito, diarréia.
Azitromicina	Dor de cabeça, náusea, vômito, diarréia.
Amicacina	Problemas renais, problemas auditivos.
Ciprofloxacina	Náusea, vômito, diarréia.
Clofazimina	Náusea, vômito, formigamento doloroso nas mãos e pés, a pele pode tornar-se alaranjada.
Etanobutol	Náusea, vômito.
Rifabutina	Erupções, náuseas, problemas sangüíneos.

TOXOPLASMOSE

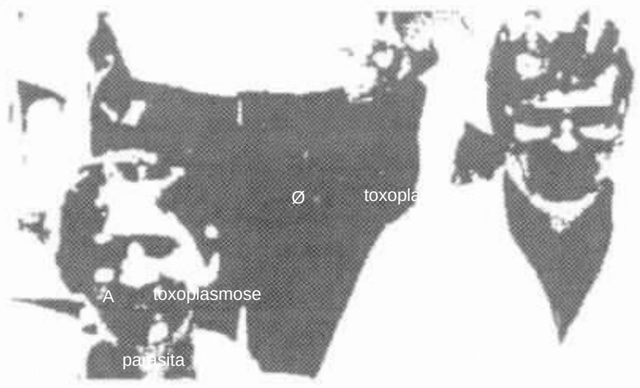
O que é toxoplasmose?

A toxoplasmose é uma doença causada por um parasita (o protozoário *Toxoplasma gondii*). Ela geralmente se manifesta através de alterações cerebrais, mas também pode infeccionar outras partes do corpo, inclusive os olhos. A toxoplasmose causa graves lesões no cérebro. Existem bons tratamentos para a toxoplasmose, mas ela é uma doença muito perigosa e deve ser tratada rapidamente.

Como se contrai toxoplasmose?

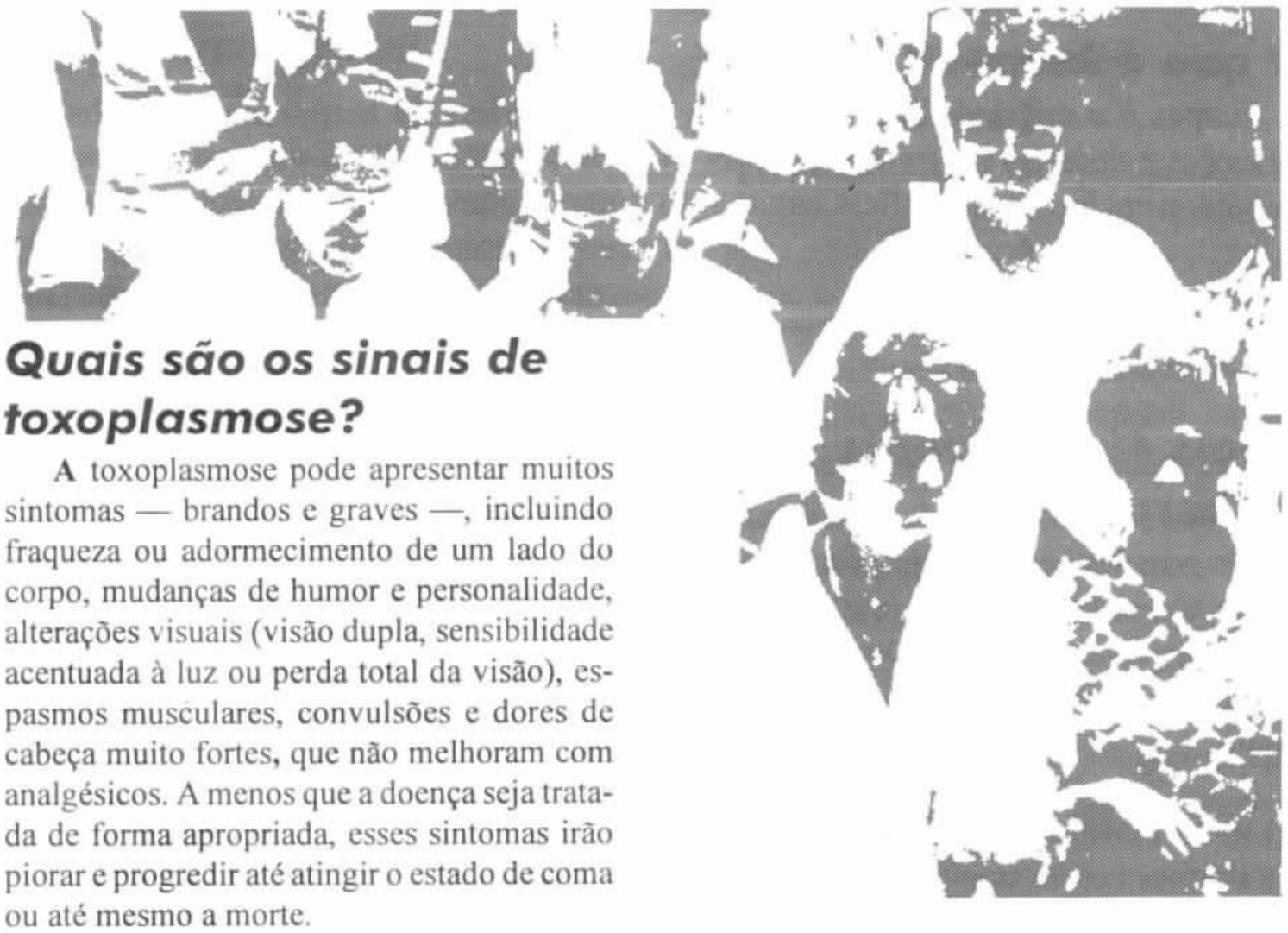
Na maioria das pessoas essa infecção não causa nenhum mal porque o agente da toxoplasmose permanece "adormecido". No entanto, se uma pessoa estiver ao mesmo tempo infectada pelo toxoplasma e pelo HIV, o agente da toxoplasmose pode "despertar" ou ser reativado e causar sérias doenças. Pessoas com HIV podem desenvolver a toxoplasmose se: a) tiverem sido infectadas pelo agente da toxoplasmose; b) tiverem sistemas imunológicos seriamente enfraquecidos. A maioria das pessoas que desenvolvem toxoplasmose tem contagem de células CD4 inferior a 200 por mm^3.

Muitas pessoas contraem o agente da toxoplasmose ao comer carne malpassada (mal- cozida) ou alimentos contaminados com fezes de gato. O contato com o gato infectado também pode transmitir a toxoplasmose. Se você tem gato, deve lavar suas mãos muito bem após tocá-lo ou a seus objetos.



Posso saber se fui infectado pelo agente da toxoplasmose?

Sim. Seu médico pode pedir um exame de sangue (uma sorologia para toxoplasmose) para saber se você está infectado pelo agente da toxoplasmose. Se você foi infectado, não significa que você tenha a doença. Porém, significa que você pode desenvolver a toxoplasmose no futuro. Todas as pessoas portadoras do vírus HIV devem fazer a sorologia para toxoplasmose para saber se correm risco de desenvolver a doença. É melhor fazer esse exame quando você estiver forte e sua contagem de células CD4 estiver acima de 200. Informe-se com seu médico sobre esse exame.



Quais são os sinais de toxoplasmose?

A toxoplasmose pode apresentar muitos sintomas — brandos e graves —, incluindo fraqueza ou adormecimento de um lado do corpo, mudanças de humor e personalidade, alterações visuais (visão dupla, sensibilidade acentuada à luz ou perda total da visão), espasmos musculares, convulsões e dores de cabeça muito fortes, que não melhoram com analgésicos. A menos que a doença seja tratada de forma apropriada, esses sintomas irão piorar e progredir até atingir o estado de coma ou até mesmo a morte.

Como o médico pode saber se estou com toxoplasmose?

Diagnosticar a toxoplasmose pode ser difícil em alguns casos. Se você tiver sintomas de uma infecção cerebral, seu médico poderá supor que é decorrente da toxoplasmose e irá lhe receitar remédios para tratar dela. No entanto, em alguns casos pode ser necessário um exame do cérebro (chamado tomografia computadorizada ou ressonância magnética) ou então uma biópsia do cérebro. Para fazer a biópsia é necessário inserir uma agulha na cabeça. Este procedimento é feito sob anestesia e, em geral, é seguro.

Toxoplasmose pode serevitada?

Sim, muitos casos de toxoplasmose já podem ser evitados. O TM-SMZ (trimetoprima + sulfametoxazol; possui vários nomes comerciais), que proporciona tratamento preventivo para PPC (pneumonia por *Pneumocystis carinii*), também previne a toxoplasmose, na maioria dos casos. Pergunte ao seu médico sobre a possibilidade de tomar TM-SMZ para prevenir a toxoplasmose e a PPC. Muitas pessoas apresentam reações alérgicas ao TM-SMZ, incluindo erupções cutâneas, coceiras e náuseas. Nestes casos, o médico irá decidir se suspende o medicamento ou se acrescenta outros para controlar a alergia. Isso parece ajudar muitas pessoas que pensavam que não podiam tomar TM-SMZ. Outra alternativa é o medicamento dapsona, isoladamente ou associado com a pirimetamina.

Toxoplasmose pode ser tratada?

Sim, a toxoplasmose pode ser tratada. Se você desenvolver a doença, terá de ser medicado para o resto da vida, porque os medicamentos não matam o agente da toxoplasmose, apenas o mantêm sob controle. Portanto, se você tem toxoplasmose, precisa tomar o medicamento para sempre, para que a doença não volte a se manifestar.

A toxoplasmose pode ser tratada com diversos medicamentos. Porém, por ser uma doença muito grave, normalmente são necessários pelo menos dois remédios. Seu médico irá receitar os medicamentos apropriados para você.

Sulfadiazina e pirimetamina administradas conjuntamente são os medicamentos mais comuns para o tratamento da toxoplasmose. Mas, em muitas pessoas, a sulfadiazina pode causar sérias reações alérgicas, como erupções cutâneas, coceiras e náuseas. Se você não puder tomar sulfadiazina, seu médico poderá lhe receitar clindamicina. A clindamicina pode causar problemas estomacais em algumas pessoas. A pirimetamina pode causar diminuição de glóbulos sangüíneos. Para neutralizar os possíveis efeitos colaterais da pirimetamina na medula óssea, pode-se receitar ácido folínico associado com pirimetamina.

Existem outros medicamentos utilizados com bastante freqüência no tratamento da toxoplasmose. Entre elas: azitromicina, fansidar e mepron. Caso os tratamentos padrão não estejam fazendo efeito ou estejam lhe fazendo mal, informe-se com seu médico sobre esses outros tratamentos.

HERPES

O que é herpes?

Herpes é o nome de uma família de vírus. Os vírus do herpes causam diversas infecções e doenças em muitas pessoas, com ou sem HIV. Esses vírus quase sempre causam erupções na superfície externa do corpo: herpes labial, vesícula (pequenas bolhas), dores nos órgãos genitais, catapora e herpes-zoster. O citomegalovírus (CMV), uma infecção interna muito séria em pacientes com AIDS, é um outro tipo de vírus do herpes.

Quais são os sinais de herpes?

Os principais tipos de infecções de herpes e seus sinais estão descritos a seguir. Se você apresentar qualquer um desses sinais, procure seu médico imediatamente.

HERPES SIMPLES I: Pessoas com herpes simples I estão sujeitas a desenvolver herpes e bolhas nos lábios durante alguns dias ou algumas semanas. Outros sintomas podem incluir febre, cansaço, glândulas inchadas e dores musculares. Esses sinais podem ser consideravelmente mais severos e duradouros em pacientes com AIDS.

HERPES SIMPLES II: Em pacientes com herpes simples II é comum o surgimento de feridas doloridas nos órgãos genitais ou no ânus. Antes de uma crise de herpes, e durante ela, os pacientes algumas vezes sentem sintomas parecidos com os da gripe. Também nesse caso, os sintomas podem ser consideravelmente mais severos e duradouros nas pessoas com HIV.

HERPES-ZOSTER: Pessoas com herpes-zoster costumam apresentar erupções cutâneas dolorosas que geralmente se desenvolvem em bolhas com conteúdo líquido. O herpes-zoster é causado pelo mesmo vírus da catapora. Na verdade, é uma reativação de uma antiga infecção de catapora, ocorrida há muitos anos. Crises de herpes-zoster são resultado da queda da imunidade do corpo, como acontece em portadores do HIV e em pacientes idosos ou com AIDS.

As infecções de herpes podem ser tratadas?

Essas infecções podem ser tratadas, mas o vírus não pode ser eliminado — é possível apenas reduzir sua atividade. O tratamento para uma crise de herpes simples I ou II deve ser iniciado até seis dias após o aparecimento dos primeiros sinais, para que seja possível contê-la rapidamente. O herpes simples e o herpes-zoster são normalmente tratados com um medicamento chamado aciclovir, que costuma ser prescrito em compridos ou em pomada.

As infecções por herpes podem ser evitadas?

As infecções de herpes simples costumam se tornar menos intensas a cada vez que reaparecem, e com o tempo podem desaparecer espontaneamente. Consulte seu médico para saber se você precisa de um tratamento preventivo.

Tanto o herpes simples I quanto o II se espalham facilmente quando há feridas, mas ocasionalmente se desenvolvem em pessoas que não apresentam sintomas, mas são portadoras do vírus. As pessoas contraem herpes através de contatos físicos íntimos, como beijo e relações sexuais. As feridas dos herpes I e II podem se propagar entre a boca e os órgãos genitais dos parceiros durante o sexo oral. Camisinhas reduzem as chances de transmissão durante as relações sexuais. Para evitar que as infecções de herpes se espalhem para outras partes do seu corpo, não coce ou irrite as bolhas e procure seu médico assim que perceber uma erupção.

Muitas pessoas acreditam que as crises de herpes simples estão relacionadas a estresse emocional. A prática de técnicas que visam a redução do estresse, como meditação ou ioga, além da aprendizagem de habilidades para lidar melhor com os problemas, pode ajudar a prevenir a reativação de antigas infecções de herpes.

Se você nunca teve catapora, deve evitar o contato com quem esteja com herpes- zoster. Há uma vacina para a catapora, mas ainda não foi utilizada em larga escala.

Pergunte ao seu médico sobre os seguintes medicamentos, vitaminas e minerais para o tratamento e prevenção das infecções por herpes:

Aciclovir está disponível em comprimidos, pomada e soluções injetáveis; os efeitos colaterais são raros e restringem-se a náuseas e dores de cabeça.

Valaciclovir é uma versão experimental do aciclovir, que apresenta melhor absorção oral. Não há no Brasil.

Fanciclovir é uma versão do aciclovir que apresenta melhor absorção oral. Não há no Brasil.

CANDIDÍASE

O que é candidíase?

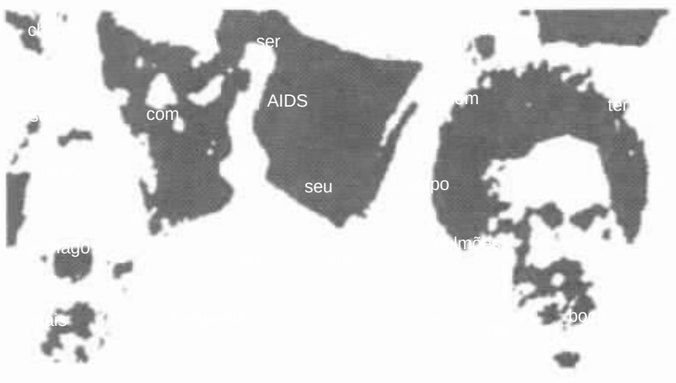
A **candidíase** é o crescimento anormal de um fungo (levedura) chamado cândida, que vive naturalmente no nosso corpo. Quando a cândida se desenvolve de modo anormal na boca, na garganta ou na vagina, torna-se um problema de saúde.

A candidíase é uma manifestação precoce da doença causada pelo HIV e pode chegar a ser uma doença grave. As pessoas com AIDS podem ter candidíase no interior de seu corpo — na traquéia, no esôfago ou nos pulmões. A localização mais freqüente é na boca e na língua. Quando apresentam candidíase como sintoma precoce do HIV, as pessoas devem conversar com um médico sobre o tratamento preventivo da PPC (um tipo de pneumonia relacionado à AIDS), mesmo que sua contagem de células CD4 esteja acima de 200.

Quais são os sinais de candidíase?

Na boca, a candidíase surge como manchas brancas de aparência cremosa ou pontos vermelhos na língua, no palato (também chamado céu da boca), na gengiva ou na garganta. Pode causar dificuldade ou dor ao engolir e também dor no peito. Outro sintoma da candidíase são as perturbações no estômago e a impressão de que a comida tem um gosto diferente. Seu médico pode verificar se você tem candidíase oral (também chamada "sapinho") pelo exame de sua boca ou garganta. Nos casos mais graves, é preciso uma radiografia ou exame visual do trato digestivo com um aparelho especial.

A candidíase na vagina é chamada também "infecção por fungos" ou monília, e seus sintomas são um corrimento vaginal espesso com aparência de ricota, além de coceira e ardência. Muitas mulheres apresentam infecções por fungos, mas nas mulheres com HIV essas infecções se repetem com freqüência.



Candidíase pode ser tratada?

Se você tiver candidíase na boca ou na garganta, seu médico provavelmente lhe dará uma solução especial para bochechar, um tablete que se dissolve na boca ou um comprimido. Para a candidíase vaginal, ele deve receitar um creme ou óvulo vaginal; se isso não fizer efeito, com certeza você vai tomar um comprimido. Na maioria dos casos, as infecções por cândida desaparecem com o tratamento.

Pode-se prevenir a Candidíase?

Os mesmos remédios usados para tratar a candidíase podem ser receitados para preveni-la antes que apareça. No entanto, o uso excessivo desses remédios pode causar uma forma de candidíase resistente ao tratamento. Podem também causar efeitos colaterais, como erupções na pele ou dores de estômago. Alguns dos remédios usados para tratar problemas causados pelo HIV, como prednisona e alguns antibióticos, podem facilitar o aparecimento da candidíase. Você deve conversar com seu médico sobre a conveniência do uso de remédios para prevenir a candidíase.

Algumas mudanças na sua alimentação também podem ajudar a prevenir ou reduzir a candidíase, como diminuir o uso de laticínios e alimentos que contêm levedura ou açúcar. Algumas pessoas descobriram que ingerir grandes quantidades de alho ou pílulas de alho tem um bom efeito. A ingestão de acidófilos em pó ou pílulas também pode ajudar. Consumir iogurte contendo culturas vivas de acidófilos é outra forma de prevenir a candidíase.

Pergunte a seu médico sobre os seguintes remédios para tratar e prevenir candidíase:

TRATAMENTOS LOCALIZADOS:

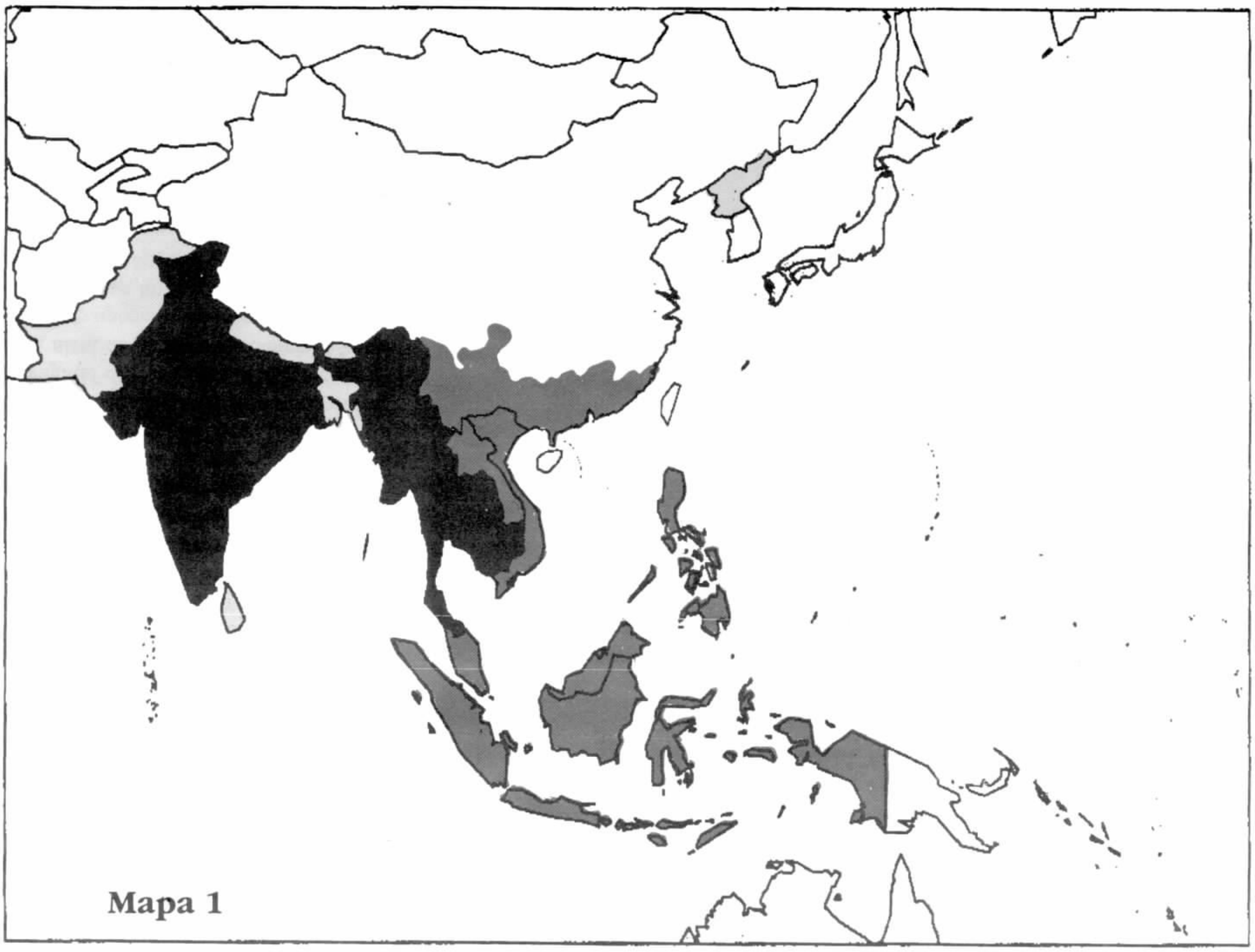
- clotrimazol;
- nistatina (pastilhas orais; líquidos para bochechar e engolir; óvulos)
- miconazol
- terconazol (creme e óvulos vaginais)

TRATAMENTOS SISTÊMICOS PARA CANDIDÍASE PERSISTENTE OU QUE SE ESPALHA NO INTERIOR DO ORGANISMO:

- cetoconazol (pílulas). Fornecido gratuitamente no Brasil.
- fluconazol (pílulas). Fornecido gratuitamente no Brasil.

PARA INFECÇÕES POR CÂNDIDA MUITO GRAVES OU RESISTENTES AO TRATAMENTO:

- anfotericina B (injeções). Fornecido gratuitamente no Brasil.



Expansão Potencial da Epidemia da Aids

Grupo 1 : Aumentando Rapidamente
Camboja, India, Myanmar, Tailandia

Grupo 2 : Potencial para Rápido Aumento
Indonesia, Laos, Malásia, Nepal, Filipinas, Sul da China, Vietnam

Grupo 3 : Aumentando
China, Hong Kong, Japão, Coréia do Sul, Taiwan

Grupo 4 : Não Classificado
Bangladesh, Butão (sem dados), Brunei, Coréia do Norte (sem dados), Paquistão, Sri Lanka

---

[1] A título de exemplo o leitor pode consultar trabalhos apresentados no âmbito de seminários e debates recentes sobre vacinas anti-HIV/AIDS: *Cadernos técnicos do Ministério da Saúde* (PN-DST/AIDS) I(1) (1994) & *Anais do Seminário Brasil-França* - Ministério da Saúde (PN-DST/AIDS) (1995).

[2] Ver o trabalho de Weniger & cols. - *AIDS* (1994) 8 (sup.):S13-S28.

[3] Ver o trabalho de Choopanya & cols. - *AIDS* (1991) 5(12):1509-13.

[4] Ver o trabalho de Soto-Ramirez & cols. - *Science* (1996) 271:1291-3.

[5] Ver o trabalho de Kalish & cols. - *AIDS* (1995) 9(8):851-7.

Os primeiros casos de AIDS foram notificados na Tailândia apenas em 1985, e somente após 1988 a disseminação atingiu proporções de fato epidêmicas. Inquéritos sorológicos realizados entre 1985 e 1987 mostraram que em diferentes segmentos habitualmente sob maior risco, como usuários de drogas injetáveis (UDIs), prostitutas (observa-se que a região tem integrado o roteiro habitual do assim denominado "turismo sexual") e pacientes de clínicas de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) revelaram soroprevalências extremamente baixas para o HIV.

No entanto, repetidos inquéritos sorológicos realizados ao longo de 1988 assinalam uma escalada da soroprevalência entre UDIs, com taxas de incidência (casos novos de infecção) da ordem de 3-5% a cada mês. Apenas para exemplificar a magnitude da disseminação, cabe observar que UDIs em tratamento em centros de recuperação apresentavam taxas de soroprevalência de 1% ao final de 1987, de 15% em março de 1988 e de 43% ao final daquele ano.[3]

Essa "onda" de disseminação foi seguida por uma outra registrada entre prostitutas, e, nesse sentido, os estudos de epidemiologia molecular revelaram-se fundamentais pois demonstraram que existia uma relativa independência entre as "duas ondas" epidêmicas. Seja por razões propriamente epidemiológicas ou razões intrinsecamente biológicas, ainda objeto de debate[4], fato é que se observou que a epidemia secundária ao compartilhamento de agulhas e seringas correlacionava-se à difusão do subtipo B do HIV-1 (ver referências da *nota 1* acerca dos critérios de classificação de subtipos), enquanto a transmissão secundária ao contato heterossexual mostrou-se correlacionada ao subtipo E.

Mais recentemente, observa-se que o subtipo E passa a aparecer com maior freqüência entre os UDIs tailandeses em substituição ao subtipo B [5], e que o antigo padrão de correlação entre formas/categorias de exposição e subtipos do HIV (denominado segregação parcial) começa a se desfazer. Deixando de lado as explicações de natureza intrinsecamente biológica, é possível estabelecer a hipótese de que a epidemia secundária ao compartilhamento de agulhas e seringas entre UDIs começa a perder velocidade à medida em que estes vêm alterando seus hábitos de consumo numa direção de menor risco (seja no sentido de um uso mais seguro, seja em função do uso exclusivo por via não-injetável ou da abstinência) e à medida em que se observa uma saturação (esgotamento) do conjunto de pessoas submetidas a esse risco específico. Nesse sentido, ao contrário do que acredita o senso comum, a unanimidade dos trabalhos sobre o tema demonstra que os UDIs têm alterado com mais facilidade seus padrões de consumo de drogas do que seus hábitos sexuais (mantendo-se os comportamentos que os expõe ao risco de infecção).

Portanto, a mudança de padrão da epidemia tailandesa pode estar sinalizando uma situação grave: a substituição de um segmento sob risco muito grande (dada a eficiência da transmissão secundária ao uso compartilhado de seringas e agulhas, isso sem mencionar o risco secundário às relações sexuais deprotegidas), mas relativamente restrito, por um conjunto de pessoas sob menor risco a cada interação (dado o menor risco relativo da transmissão sexual frente à transmissão sangüínea), mas de uma extensão que praticamente se confunde com o conjunto da população.

Seja em relação ao adequado desenvolvimento de atividades preventivas, como de eventuais vacinas anti-HIV/AIDS é essencial compreender e acompanhar o que vem ocorrendo à epidemia tailandesa e asiática se quisermos entender a "marcha" da epidemia em todo o mundo e o que podemos fazer para tentar detê-la.

A MUTANTE EPIDEMIA DO HIV/AIDS NA ÁSIA

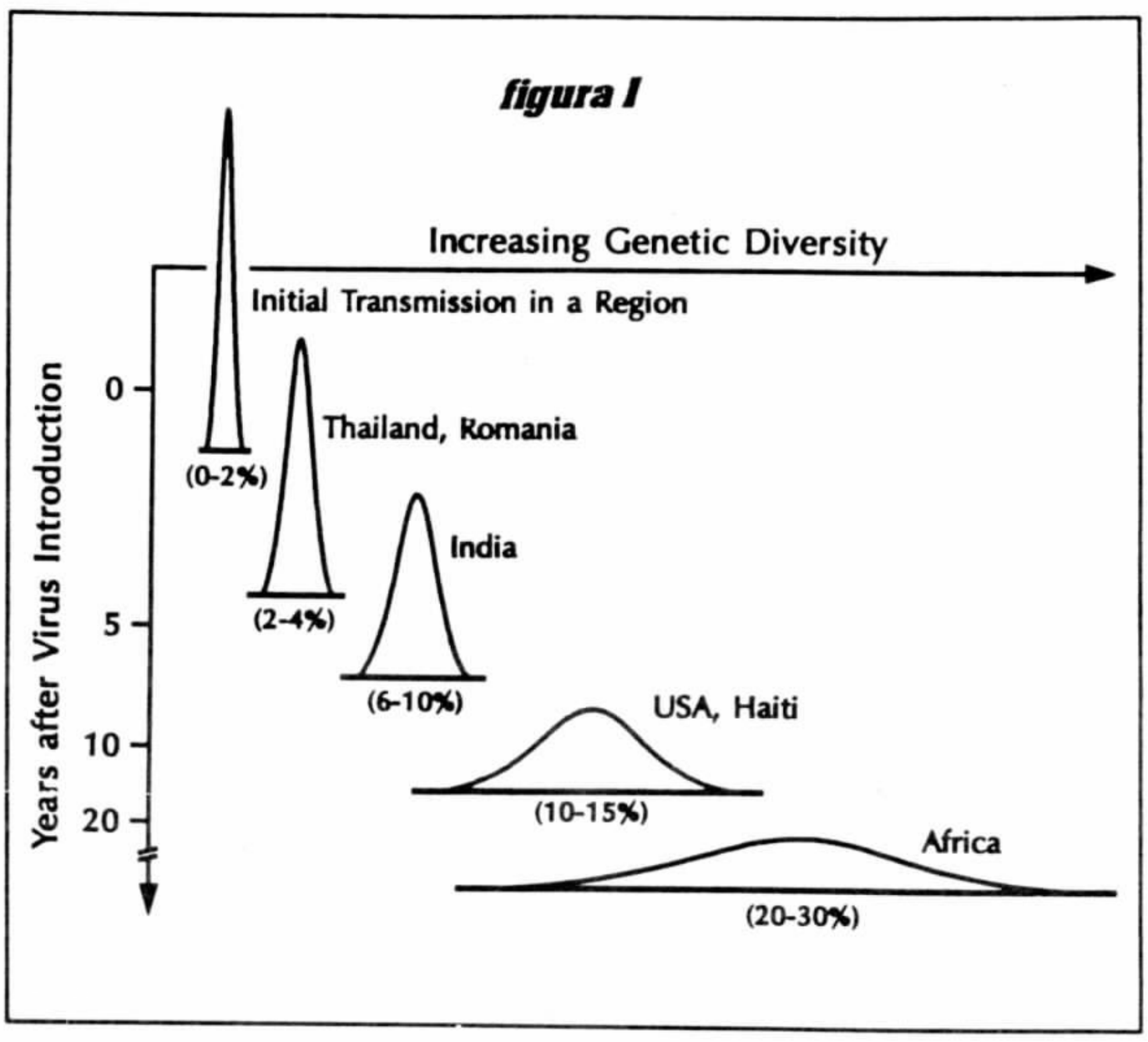
Subsídios da Epidemiologia Molecular

Maior e mais populoso continente do mundo a Ásia constitui hoje uma das preocupações centrais dos profissionais e formuladores de políticas que lidam com a questão da AIDS. Não se pode falar com propriedade de *uma* epidemia asiática, tão diversas são as configurações sócio-econômicas e culturais do continente e igualmente as dinâmicas da epidemia em cada uma das suas regiões. O **mapa 1** mostra esquematicamente o potencial de disseminação da epidemia nas regiões mais afetadas por ora.

Uma ferramenta essencial à adequada compreensão desse complexo mosaico de países, culturas e epidemias de diferentes naturezas tem sido a epidemiologia molecular - disciplina que resulta do esforço conjunto da pesquisa epidemiológica e de diversos ramos da investigação biológica contemporânea, como a virologia e a imunologia.

Cabe observar que o presente texto não tem nenhuma pretensão de discutir os fundamentos da investigação nesse campo, nem tampouco de estabelecer paralelos e assinalar diferenças com a situação brasileira, tarefa que vem sendo desempenhada por pesquisadores de vários Instituições em todo o Brasil [1].

figura I



Limitamo-nos aqui a resumir os recentes resultados de pesquisas desenvolvidas na Ásia, especialmente na Tailândia, devendo o leitor interessado dirigir-se à extensa bibliografia sobre o tema (as notas a este texto sugerem algumas pistas básicas nesse sentido).

No sudeste da Ásia, onde está situada a Tailândia, o HIV parece ter sido introduzido mais recentemente do que na África e na maior parte das regiões das Américas. Uma das vertentes de análise da epidemiologia molecular aponta para o fato de que nas regiões onde a epidemia é mais antiga observa-se uma maior diversidade genética dos genotipos do HIV (**figura 1**) [2].

Nessas regiões a correlação entre categorias de exposição e características biológicas do HIV é estabelecida com maior facilidade do que nas regiões onde uma epidemia antiga (e fortemente interativa) correlaciona-se a um padrão biológico bastante complexo.

SUBSÍDIOS À PREVENÇÃO

Paralelamente ao espalhamento da epidemia por todo o território nacional, constatado a partir do aumento crescente das taxas de incidência de casos em todas as Unidades da Federação, observa-se o aprofundamento da difusão da epidemia nos grandes centros urbanos brasileiros, principalmente na Cidade de São Paulo. Os dados vêm sinalizando uma importante mudança nos padrões de transmissão da doença - num movimento de proletarização e difusão da epidemia à população de um modo geral.

Especial atenção deve ser dada à evolução da epidemia na direção de cidades de médio porte, especialmente no Estado de São Paulo, e rumo às fronteiras de ocupação como nas Regiões Centro-Oeste e Norte, em que pese a menor densidade populacional destas regiões se comparadas ao interior paulista. Nas regiões de fronteira concentram-se fatores sociais potencialmente propícios à difusão da epidemia pelo HIV/AIDS, tais como contínuos deslocamentos populacionais, particularmente entre faixas jovens e sexualmente ativas da população.

Cabe observar que as tendências acima analisadas apontam para dificuldades adicionais ao desenvolvimento de ações preventivas, uma vez que reforça o peso dos constrangimentos de natureza material, tais como limitações à aquisição de preservativos ou equipamento de injeção estéril, como também os decorrentes de lidar com uma população de menor nível de escolarização e informação de um modo geral, servida por uma estrutura de serviços de saúde, e, mesmo, por uma estrutura de comercialização (como as farmácias) mais precária.

[1] Utilizamos aqui a classificação da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE), de 1987.

[2] Dados do último Boletim epidemiológico - AIDS divulgado pelo Ministério da Saúde do Brasil (Programa Nacional de Controle de DST/AIDS) disponível quando da redação do presente texto (dados relativos à semana 48, terminada em 2 de dezembro de 1995).

[3] O habitual atraso de notificação não permite ainda delinear com clareza tendências posteriores a 1993.

[4] Dados obtidos, respectivamente, no HIV/AIDS Surveillance in Europe No 46, de junho de 1995 e no U.S. HIV/AIDS Surveillance Report 7(1) do mesmo período.

[5] Pesquisador do DIS/CICT, da Fundação Oswaldo Cruz.

[6] Para efeito de uma maior simplicidade na análise, não levamos em conta as categorias múltiplas de exposição, que podem ser visualizadas na tabela.

[7] Como demonstrado pelos pesquisadores Alexandre Grangeiro e Arthur Kalichman

[8] Pesquisadores do DIS/CICT, da Fundação Oswaldo Cruz. O leitor interessado pode consultar os seguintes trabalhos: Bastos, FI & Barcellos, C (1995)- A geografia social da AIDS no Brasil. Rev. de Saúde Pública 29(1):52-62; Barcellos, C & Bastos, FI (1996) - Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. Boletin de la OSP (no prelo) & Bastos, FI; Szwarcwald, CL & Castilho, EA (1995) - AIDS em São Paulo: subsídios da análise especial. Boletim Epidemiológico AIDS VIII(3):5-10.

[9] Tuberculose extra-pulmonar/disseminada. Fonte:op cit. nota 4

TABELA 7

Distribuição das doenças associadas quando da notificação do caso de AIDS por período de diagnóstico - Brasil. 1980-1995*

Agente etiológico/agravo	1980 - 1984			1985 - 1987			1988 - 1995			Total		
	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)
CANDIDÍASE (ESÔFAGO, TRAQUÉIA, BRÔNQUIOS,PULMÃO)	96	28,4	(50,8)	2147	33,9	(52,3)	25480	28,7	(35,3)	27723	29,0	(36,3)
PNEUMONIA POR P. carinii	47	13,9	(24,9)	1011	16,0	(24,6)	18491	20,8	(25,6)	19549	20,5	(25,6)
TUBERCULOSE DISSEMINADA/EXTRA-PULMONAR/NÃO CAVITÁRIA	30	8,9	(15,9)	791	12,5	(19,3)	10914	12,3	(15,1)	11735	12,3	(15,4)
TOXOPLASMOSE CEREBRAL	16	4,7	(8,5)	487	7,7	(11,9)	10395	11,7	(14,4)	10898	11,4	(14,3)
HERPES SIMPLES (MUCOCUTÂNEO, ESÔFAGO, BRÔNQUIOS, PULMÃO)	28	8,3	(14,8)	416	6,6	(10,1)	4399	5,0	(6,1)	4843	5,1	(6,3)
SARCOMA DE KAPOSI	41	12,1	(21,7)	493	7,8	(12,0)	3521	4,0	(4,9)	4055	4,2	(5,3)
OUTRAS INFECÇÕES BACTERIANAS	3	0,9	(1,6)	136	2,1	(3,3)	3152	3,6	(4,4)	3291	3,4	(4,3)
CRIPTOCOCOSE (EXTRA-PULMONAR)	16	4,7	(8,5)	232	3,7	(5,7)	3022	3,4	(4,2)	3270	3,4	(4,3)
CITOMEGALOVIROSE	31	9,2	(16,4)	187	3,0	(4,6)	2358	2,7	(3,3)	2576	2,7	(3,4)
CRIPTOSPORIDÍASE	9	2,7	(4,8)	136	2,1	(3,3)	1875	2,1	(2,6)	2020	2,1	(2,6)
MICOBACTERIOSES DISSEMINADAS (NÃO TUBERCULOSE)	9	2,7	(4,8)	112	1,8	(2,7)	1803	2,0	(2,5)	1924	2,0	(2,5)
ISOSPORÍASE	-	-	(-)	51	0,8	(1,2)	1219	1,4	(1,7)	1270	1,3	(1,7)
HISTOPLASMOSE DISSEMINADA	1	0,3	(0,5)	32	0,5	(0,8)	478	0,5	(0,7)	511	0,5	(0,7)
LINFOMA NÃO HODGKIN	4	1,2	(2,1)	21	0,3	(0,5)	415	0,5	(0,6)	440	0,5	(0,6)
LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA	1	-	(-)	6	0,1	(0,1)	429	0,5	(0,6)	436	0,5	(0,6)
LINFOMA NÃO ESPECIFICADO	5	1,5	(2,6)	62	1,0	(1,5)	328	0,4	(0,5)	395	0,4	(0,5)
SALMONELOSE (SEPTICEMIA RECORRENTE)	-	-	(-)	10	0,2	(0,2)	304	0,3	(0,4)	314	0,3	(0,4)
LINFOMA PRIMÁRIO DO CÉREBRO	1	0,3	(0,5)	5	0,1	(0,1)	106	0,1	(0,1)	112	0,1	(0,1)
COCCIDIOIDOMICOSE DISSEMINADA	-	-	(-)	2	0,0	(0,0)	79	0,1	(0,1)	81	0,1	(0,1)
Total	**338**	**100,0**		**6337**	**100,0**		88768	100,0		**95443**	**100,0**	

(*) 1995 (Dados preliminares até semana 48, terminada em 02/12)

( ) Os dados entre parênteses resultam da razão diagnósticos/casos registrados

CO-INFECÇÃO HIV/AIDS E TUBERCULOSE

À medida em que os novos casos de AIDS no Brasil vêm sendo crescentemente recrutados entre os estratos sócio-econômicos mais pobres aumenta a relevância do risco de co-infecções por germes cuja prevalência se distribui de maneira não homogênea entre estes diferentes estratos, como é o caso do bacilo de Koch, infecção mais prevalente entre os mais pobres.

A co-infecção TB/HIV-AIDS é uma característica marcante da epidemia em nosso meio e de grande significado em termos de saúde pública. Desde o início da epidemia entre nós a tuberculose disseminada/extra-pulmonar/não cavitária se constitui na terceira doença associada quando da notificação dos casos de AIDS, somente superada pela candidíase de esôfago/vias respiratórias (35,3% dos diagnósticos/casos registrados, período de 1988-1995) e da pneumonia por *P. carinii* (25,6%).

A importância da tuberculose enquanto uma infecção oportunista presente na infecção pelo HIV em nosso meio, fez com que ela adquirisse um papel especialmente relevante, particularmente nas suas formas extra-pulmonares e atípicas, na definição de caso da AIDS, o que foi incorporado à definição de Caracas, que serve de base à notificação do Ministério da Saúde do Brasil.

Ao longo do período situado entre a notificação dos primeiros casos e o ano de 1995, é difícil, por ora, inferir uma tendência quanto à relevância proporcional da tuberculose como doença associada, uma vez que se combinam numa mesma informação dados intrínsecos à sua difusão e secundários a um uso mais extenso e sistemático de quimioprofiláticos (impedindo ou postergando a apresentação de formas mais graves da doença com relação à notificação de caso de AIDS). Assim, as taxas resultantes da razão diagnóstico/caso registrado passam de 15,9% no período 1980-84 para 19,3% no período intermediário (1985-87), mas decrescem posteriormente (15,1; período 1988-95), o que não deve ser lido como diminuição da relevância da tuberculose entre pacientes HIV-positivos/com AIDS de um modo geral (ver **tabela 7**).

A despeito dessas flutuações temporais, esses valores mostram-se elevados se comparados às taxas européias[9] - 10,6% -, relativa a doze países europeus em 1988 e 11,0% para 1990-92. No entanto, se as comparamos a países europeus específicos como a Espanha, em que a dinâmica da epidemia é fundamentalmente tributária de casos entre usuários de drogas injetáveis (UDIs), verificaremos que nossas taxas são substancialmente mais baixas (30,0% na Espanha, período 1988-92). Isso, porque os UDIs são significativamente mais afetados pela tuberculose frente a outras categorias de exposição como os homo/bisssexuais masculinos (17,3 *versus* 4,0% no conjunto de países europeus no período 1988-92).

A **tabela 6,** que contém dados relativos à pesquisa desenvolvida pela Coordenação de DST/AIDS do Ministério da Saúde em clínicas de doenças sexualmente transmissíveis em sete cidades brasileiras em 1992, reforça o forte componente regional da epidemia nacional nos diversos segmentos populacionais sob risco. Sobressai a disparidade dos achados e o elevado índice de soroprevalência registrado em São Paulo e o também elevado índice encontrado em Salvador e Belém demonstrando a extensão, ao menos em segmentos específicos, da epidemia em regiões geograficamente afastadas do epicentro geográfico da epidemia nacional - sudeste e partes das regiões sul e centro-oeste.

Apesar do evidente caráter de auto-seleção da clientela das clínicas de DST, e, portanto, da impossibilidade de extrapolar tais resultados para outros segmentos populacionais, cabe observar que diversos estudos internacionais têm apontado para a relevância, com relação à difusão mais geral das DSTs (tem se estudado particularmente a difusão da blenorragia), de segmentos populacionais de tamanho reduzido, mas com níveis elevados de incidência/prevalência e redes de interação social extensa e instável (*core groups*).

TABELA 6
Soroprevalências para o HIV (%) em Clínicas de Doenças Sexualmente Transmissíveis de 7 Cidades brasileiras, 1992.

Cidade e Estado	Tamanho da amostra	Prevalência para o HIV (%)	I.C. (90%)
Aracaju, SE	160	1,25	0,00 - 4,00
Belém, PA	154	5,20	2,50 - 9,50
B. Horiz., MG	400	2,30	1,10 - 3,50
Brasília, DF	208	2,88	1,50 - 6,00
P. Alegre, RS	400	4,50	2,80 - 6,20
Salvador, BA	85	9,40	5,50 - 18,50
São Paulo, SP	164	15,25	10,60 - 19,90

Fonte: Lair Rodrigues et al. - Ministério da Saúde, 1994.

TABELA 5

Estudos selecionados de prevalência do HIV de acordo com o ano, local e população estudada, Brasil.

CIDADE/ESTADO	ANO	GRUPO POP.	SEXO	PREVAL.	AMOSTRA
RIO-RJ	90	PAC. CIRÚRG.	F	0,00	99
SALVADOR-BA	89-90	GRÁVIDAS	F	0,00	308
SALVADOR-BA	89-90	PAC. HOSP. GERAL	M/F	0,00	342
SÃO PAULO-SP	92	PROF. SAÚDE	M/F	0,00	304
SALVADOR-BA	88-90	DOADORES	M/F	0,04	11830
SALVADOR-BA	88-90	POP. GERAL	M	0,10	1033
SALVADOR-BA	88-90	DOADORES	M/F	0,13	14381
SALVADOR-BA	89-90	DOADORES	M/F	0,17	17452
BH-MG	92	DOADORES	M/F	0,27	1877
SALVADOR-BA	88-90	GRÁVIDAS	F	0,78	257
SALVADOR-BA	88-90	PAC. HEMODIÁLISE	M/F	0,81	248
RIO-RJ	90-91	GRÁVIDAS	F	0,82	4536
SÃO PAULO-SP	90	PAC. INTERNADOS	M	0,82	122
BH-MG	89-90	ADOLESCENTES	M/F	0,84	358
BRASÍLIA-DF	90-91	PAC. CIRÚRG.	F	0,87	115
BH-MG	89-90	ADOLESCENTES	M	0,92	327
SALVADOR-BA	88-90	RECÉM-NATOS	M/F	0,95	105
SALVADOR-BA	88-90	MÃES DE R.N.	F	0,96	104
SÃO PAULO-SP	91-92	GRÁVIDAS	F	0,97	2774
SÃO PAULO-SP	90	GRÁVIDAS	F	1,28	3047
RIO-RJ	90	PAC. CIRÚRG.	M/F	1,45	207
SÃO PAULO-SP	92	PROF. SAÚDE	M/F	1,47	407
BRASÍLIA-DF	90-91	PAC. CIRÚRG.	M/F	1,56	449
BRASÍLIA-DF	90-91	PAC. CIRÚRG.	M	1,80	334
BH-MG	89-91	JOVENS NAS RUAS	M/F	2,05	195
RIO-RJ	92	PAC. DERMATO	F	2,67	187
RIO-RJ	90	PAC. CIRÚRG.	M	2,78	108
RIO-RJ	92	PAC. TB	M/F	2,93	1398
SÃO LUIS-MA	91	PAC. HOSP. GERAL	M/F	2,95	475
SÃO PAULO-SP	90-91	PROSTITUTAS (1)	F	4,00	300
5 CAPITAIS	91	PAC. DST	M/F	4,40	235
SÃO PAULO-SP	91	CADÁVERES	M/F	4,48	1675
RIO-RJ	90	PAC. TB	M/F	4,49	602
SALVADOR-BA	89-90	UDIs	M/F	4,58	240
P. ALEGRE-RS	89-92	COAS	F	6,14	1483
SÃO PAULO-SP	89-90	CADÁVERES	M/F	6,51	645
RIO-RJ	92	PAC. DERMATO	M	6,84	117
P. ALEGRE-RS	89-91	COAS	F	6,92	867
SÃO PAULO-SP	89-90	CADÁVERES	M	7,14	574
RIO-RJ	92	COAS	M/F	8,18	1162
SALVADOR-BA	89-90	PAC. TB	M/F	8,67	150
SALVADOR-BA	89-90	HOMO-BI	M	10,00	550
CAMPINAS-SP	88-91	COAS	F	13,10	672
P. ALEGRE-RS	89-91	COAS	M	13,35	1820
RIO-RJ	92	COAS	M/F	13,40	2000
P. ALEGRE-RS	89-92	COAS	M	13,77	2795
SÃO PAULO-SP	90-91	PROSTITUTAS (2)	F	14,33	300
SÃO PAULO-SP	90-91	POP. CARCERÁRIA	M	16,09	982
SÃO PAULO-SP	90-91	POP. CARCERÁRIA	M	17,18	710
SÃO PAULO-SP	91-92	UDIs	M/F	23,00	306
RIO-RJ	91	COAS	M/F	26,90	368
CAMPINAS-SP	88-91	COAS	M	27,11	1424
SÃO PAULO-SP	89-90	POP. CARCERÁRIA	F	28,10	334
RIO-RJ	90-92	UDIs	M/F	34,15	123
SÃO PAULO-SP	90-91	COAS	F	43,80	523
RIO-RJ	90-91	PARCEIRAS HIV+	F	45,00	204
SANTOS-SP	91	UDIs	M/F	56,96	79
BAURU-SP	90	UDIs	M/F	58,00	91
SÃO PAULO-SP	92	TRAVESTIS	M	60,70	112
CAMPINAS-SP	88-90	UDIs	M/F	64,76	105

Fonte: International Research Center, 1993

PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO HIV

Sabe-se que há uma defasagem temporal importante entre o que se poderia denominar de epidemia pelo HIV e a notificação dos casos de AIDS, dado o longo período situado entre a infecção pelo HIV e o início do quadro sindrômico, e o substancial atraso da notificação desses casos em nível regional e nacional. Há uma tendência no sentido de que a defasagem temporal entre infecção e aparecimento do quadro sindrômico se acentue, gradativamente, à medida em que se aperfeiçoam os recursos profiláticos relativos ao aparecimento das infecções oportunistas e o uso mais sistemático de anti-retrovirais. Deve-se observar que em nosso meio, essa tendência é ainda basicamente restrita aos centros e estratos sócio-econômicos dotados de maiores recursos.

Por outro lado, não há perspectivas, de curto prazo, de diminuição substancial do atraso de notificação, principalmente se considerarmos a provável maior relevância proporcional, ao longo do tempo, de estratos sociais menos favorecidos (via de regra, assistidos por serviços com maiores deficiências) e das cidades de menor porte.

Em função dessas questões faz-se necessário analisar dados extraídos de estudos de soroprevalência, com vistas ao delineamento de tendências mais recentes da epidemia, em que pese o fato da inexistência em nosso meio de pesquisas de maior abrangência e com base populacional efetiva. Poucos dos estudos já realizados podem ser considerados representativos das populações-alvo, o que torna as generalizações mais difíceis. Ainda assim estas pesquisas, se analisadas em conjunto, permitem inferir um perfil aproximado da difusão atual da epidemia.

A **tabela 5** foi construída a partir de uma seleção dos dados de diversos estudos citados no Relatório do Center for International Research (1993). Os maiores índices de positividade (acima de 16%) foram encontrados principalmente nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro entre ususários de drogas injetáveis, travestis, população carcerária e parceiras de pacientes HIV positivos.

Em uma faixa intermediária de soropositividade (de 4 a 15%) aparecem homo/bissexuais do sexo masculino, pacientes que buscam atendimentos em clínicas especializadas e cadáveres.

Outras populações estudadas tais como pacientes de hospitais gerais, doadores de sangue, mulheres grávidas etc.. que teriam taxas provavelmente próximas às da população de um modo geral, apresentam índices de positividade relativamente mais baixos (inferiores a 3%).

Os pacientes testados em Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), apresentam taxas de infecção pelo HIV que os situam nas faixas intermediária e alta, provavelmente refletindo uma auto-seleção destas amostras, que as distingue de amostras mais representativas da população geral.

SARCOMA DE KAPOSI

O que é Sarcoma de Kaposi (SK)?

SK é um tumor dos vasos sangüíneos que ocorre em pessoas com HIV. Acredita-se que o crescimento de pequenos vasos sangüíneos com infiltração de células provoque manchas, placas, nódulos ou tumores arroxeados ou avermelhados chamados de lesões.

Quais são os sinais de SK?

As pessoas com SK apresentam lesões arroxeadas ou avermelhadas que podem surgir na pele. Indivíduos negros ou de pele escura com SK apresentam manchas escuras que podem ser confundidas com outros problemas cutâneos. As lesões normalmente não dóem e podem surgir em qualquer ponto da pele, mucosa, gânglios ou órgãos internos. Pessoas com SK nos pulmões costumam tossir ou ter dificuldade respiratória. O SK no estômago ou no intestino pode provocar dores e sangramentos.

O que causa SK?

Não se sabe o que causa o SK, mas já foi detectado um vírus que pode ser o causador da doença. Alguns médicos acreditam que o SK pode estar relacionado a um germe sexualmente transmissível.

As mulheres podem ter SK?

O SK atinge principalmente homossexuais e bissexuais do sexo masculino, mas pessoas que contraíram o HIV através do uso de drogas injetáveis, relações heterossexuais ou transfusões de sangue também podem contrair o SK. Não se sabe porque os homossexuais do sexo masculino contraem o SK com maior freqüência. O SK é raro em mulheres.

Como SK é diagnosticado?

Se notar a presença de manchas pelo corpo, lembre-se de dizê-lo a seu médico imediatamente. Normalmente faz-se um exame conhecido como biópsia, em que uma pequena amostra da lesão da pele é retirada e examinada em microscópio, para determinar se a mancha é uma lesão de SK.

Há como se tratar de SK?

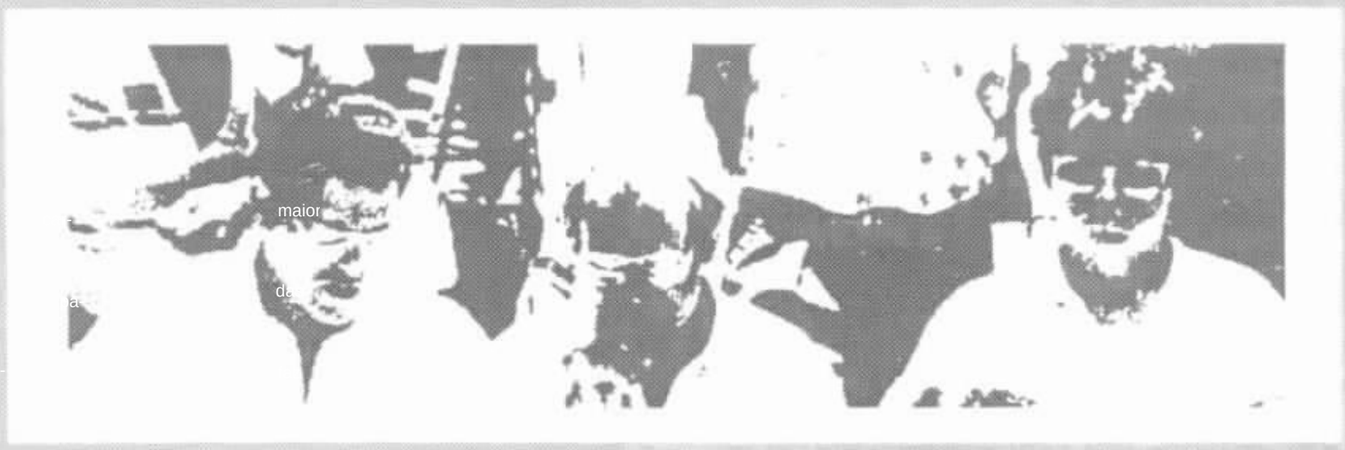
Normalmente, o SK pode ser tratado. A maioria dos doentes de AIDS não morre de SK. O tratamento pode depender da localização e do número de lesões. Podem-se remover ou reduzir as lesões de SK na pele através de radiação, congelamento, intervenção cirúrgica ou injeção de interferon ou vimblastina na lesão. Portadores de lesões de SK dentro do organismo, ou quando as mesmas estejam causando inchaço nas pernas, podem precisar de quimioterapia. Às vezes, pessoas submetidas à quimioterapia perdem cabelo, têm náuseas, vômitos, diarréia ou febre.

Pergunte a seu médico a respeito dos seguintes tratamentos para SK, realizados gratuitamente no Brasil:

- radiação
- quimioterapia: adriamicina,bleomicina e vincristina (conhecido como "ABV")
- injeções intralesionais (vimblastina)
- crioterapia (congelamento)

OBS.: o interferon α tem indicação mais restrita devido ao alto custo, baixa eficácia e efeitos colaterais.

Pergunte a seu médico a respeito do tratamento experimental para SK com ácido retinóico.

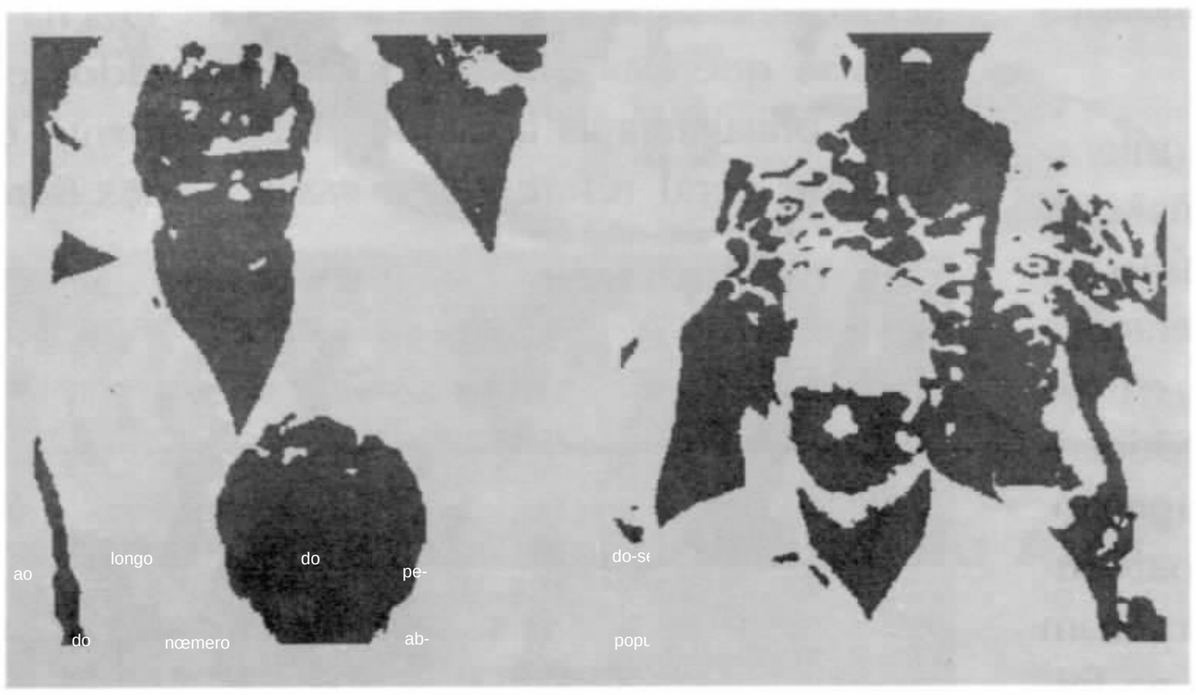


26,0 para 1993), ao longo do período. Uma análise do número absoluto de casos desse mesmo período mostra, no entanto, que essas retrações **não** correspondem, de fato, a uma diminuição do número absoluto de casos novos entre homens que fazem sexo com homens (homo ou bissexuais). Os números absolutos desses casos são, respectivamente, quanto às duas categorias, de 3.457 novos casos com relação à 1993, para 2.294 casos relativos à 1989. A alteração quanto à participação proporcional das diversas categorias de exposição reflete, portanto, antes uma extensão da epidemia a outros segmentos da população além dos homens que fazem sexo com homens, do que um decréscimo **real** da magnitude da epidemia de AIDS entre estes.

Essas alterações da dinâmica de transmissão segundo categorias de exposição corresponderiam a mudanças no perfil sócio-econômico das pessoas mais atingidas pela doença, ao longo do período, o que, obviamente, não deve ser interpretado de um modo simplista, correlacionando linearmente a homossexualidade a um padrão de comportamento próprio às classes média e altas, ou a transmissão heterossexual à pobreza.

Frisamos que estas análises baseiam-se na notificação de casos da doença, e que entre práticas com riscos potenciais para a transmissão e o risco efetivo de contaminar-se, situam-se inúmeros fatores. Eles vão das estratégias de auto-proteção às redes diferenciadas de interação social (sabendo-se que diferentes segmentos populacionais possuem níveis de soroprevalência diversos); fatores que aumentam a transmissibilidade do HIV, como, por exemplo, outras doenças sexualmente transmissíveis, especialmente as ulcerativas; e fatores que retardam ou aceleram a eclosão da doença entre os soropositivos.

Feita essa observação, constatamos que, no que diz respeito à Cidade de São Paulo[7], a correlação entre categorias de exposição, dinâmica da epidemia e indicadores sócio-demográficos está bem estabelecida - a epidemia de AIDS vem apresentando taxas de incidência substancialmente mais elevadas nas regiões periféricas (e mais pobres), entre os trabalhadores menos qualificados e/ou pessoas com menor grau de escolarização. Essas alterações se fazem acompanhar por alteracões na razão homem/mulher dentre os casos da doença - incremento da participação proporcional das mulheres -, e o estabelecimento de um diferencial sócio-geográfico no tempo de sobrevida dos casos de AIDS (menor entre os casos pertencentes às áreas mais pobres e segmentos mais pobres). Na dinâmica da epidemia nessas regiões da periferia sobressaem como categorias de exposição o uso injetável de drogas e a transmissão heterossexual.



A evolução da epidemia, ao longo da sua primeira década, vem se caracterizando entre nós por um processo geralmente designado como proletarização ou pauperização, que pode ser depreendido tanto da análise das alterações de parâmetros sócio-econômicos básicos entre casos notificados ao longo do período de evolução da epidemia, como a escolaridade, como, também, através da análise da dinâmica da epidemia em áreas geográficas que correspondem a diferentes estratos sócio-econômicos de uma dada região, nos moldes dos referidos trabalhos relativos ao município de São Paulo. As análises apontam para uma incidência crescente no período de casos novos da doença em pessoas pertencentes aos estratos sócio-econômicos mais pobres.

Também, recentemente, começam a ser analisadas as perspectivas de um início de "interiorização" da epidemia, ainda restrita, se considerarmos uma notificação mais expressiva de casos (por exemplo, um número maior ou igual a 5 casos notificados no período), a um conjunto limitado de municípios, via de regra, cidades de médio porte. Como pode ser visto com maiores detalhes em trabalhos de Christovam Barcellos, Francisco Inácio Bastos & Célia Swarcwald[8], a epidemia vem crescendo de forma mais acelerada no eixo que passa pelo interior de São Paulo e Estados da Região Centro-Oeste/ Norte.

Entre os adultos

(maiores de 13 anos), observa-se uma tendência de alteração da participação relativa das categorias de exposição entre o início da epidemia e a presente década (**tabela 2**). Assim, a categoria de exposição - uso injetável de drogas -, tem sua participação aumentada de 12,8%, para o período de 1980-88, para 25,1 %, em 1993). Também ganha relevo crescente, a transmissão heterossexual. Enquanto para o período de 1980-88 esta categoria representava 3,1% do total de casos notificados, esses percentuais passam para 27,2 em 1994.

Quanto à questão da magnitude da transmissão heterossexual é necessário ponderar a observação feita por Euclides Castilho[5] e colaboradores. Os autores apontam para a similaridade de diversas características clínicas e sócio-demográficas entre casos notificados da doença entre homens incluídos na categoria de exposição - transmissão heterossexual e homens incluídos na categoria de exposição - homo e bissexuais, indicando talvez um ocultamento de práticas sexuais socialmente estigmatizadas, e, com isso, uma superestimação de casos que têm com categoria de exposição a transmissão heterossexual.

Essas categorias de exposição de relevância crescente "ocupariam" o espaço deixado pela retração da participação proporcional das categorias de exposição - homo e bissexual -, que apresentam, juntas, ao longo desses anos, reduções substanciais dos seus percentuais (totalizando ambas 53,8% dos casos, incluídos nas categorias simples de exposição[6], relativos a 1980-88 e

tabela 4

Distribuição dos casos de AIDS em indivíduos maiores de 13 anos de idade segundo período de diagnóstico e categoria de exposição - Brasil. 1980-1995*

Categorias Simples	Período de diagnóstico																Total	
	1980-1988		1989		1990		1991		1992		1993		1994		1995		1980 - 1995	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Homossexual	3023	37,4	1561	29,0	1900	26,0	2269	23,3	2535	21,0	2327	17,5	2233	17,6	883	16,0	16731	22,6
Bissexual	1326	16,4	733	13,6	815	11,2	1069	11,0	1199	9,9	1130	8,5	1091	8,6	397	7,2	7760	10,5
Usuário de drogas e.v.	1030	12,8	1079	20,0	1716	23,5	2446	25,1	2923	24,2	3335	25,1	2546	20,1	1203	21,8	16278	22,0
Hemofílico	203	2,5	83	1,5	82	1,1	95	1,0	53	0,4	42	0,3	33	0,3	22	0,4	613	0,8
Receptor de Sangue/Comp.	446	5,5	225	4,2	248	3,4	305	3,1	415	3,4	379	2,9	287	2,3	154	2,8	2459	3,3
Heterossexual	254	3,1	346	6,4	413	5,7	867	8,9	2107	17,4	3170	23,9	3454	27,2	1605	29,1	12216	16,5
Sub Total	**6282**	**77,8**	**4027**	**74,8**	**5174**	**70,9**	**7051**	**72,3**	**9232**	**76,4**	**10383**	**78,3**	**9644**	**76,1**	**4264**	**77,4**	**56057**	**75,7**
Categorias múltiplas	**Nº**	**(%)**	**Nº**		**Nº**	**(%)**	**Nº**	**(%)**	**Nº**	**(%)**	**Nº**	**(%)**	**Nº**	**(%)**	**Nº**	**(%)**	**Nº**	**(%)**
Homo-Bi/Drogas	372	4,6	253	4,7	294	4,0	437	4,5	456	3,8	462	3,5	387	3,1	174	3,2	2835	3,8
Homo-Bi/Drogas/Hemofílico	1	0,0	1	0,0	-	-	1	0,0	1	0,0	2	0,0	1	0,0	1	0,0	8	0,0
Homo-Bi/Drogas/Transfusão	16	0,2	7	0,1	9	0,1	8	0,1	8	0,1	11	0,1	9	0,1	2	0,0	70	0,1
Homo-Bi/Hemofílico	10	0,1	4	0,1	7	0,1	1	0,0	6	0,0	3	0,0	4	0,0	1	0,0	36	0,0
Homo-Bi/Transfusão	104	1,3	42	0,8	50	0,7	36	0,4	73	0,6	71	0,5	57	0,4	28	0,5	461	0,6
Drogas/Hemofílico	10	0,1		0,0	2	0,0	5	0,1	4	0,0	6	0,0	8	0,1	4	0,1	39	0,1
Drogas/Transfusão	32	0,4	13	0,2	30	0,4	41	0,4	68	0,6	70	0,5	60	0,5	23	0,4	337	0,5
Sub Total	**545**	**6,7**	**320**	**5,9**	**392**	**5,4**	**529**	**5,4**	**616**	**5,1**	**625**	**4,7**	**526**	**4,1**	**233**	**4,2**	**3786**	**5,1**
Categorias não definidas (1)	**1250**	**15,5**	**1039**	**19,3**	**1729**	**23,7**	**2171**	**22,3**	**2231**	**18,5**	**2258**	**17,0**	**2506**	**19,8**	**1011**	**18,4**	**14195**	**19,2**
Total	**8077**	**100,0**	**5386**	**100,0**	**7295**	**100,0**	**9751**	**100,0**	**12079**	**100,0**	**13266**	**100,0**	**12676**	**100,0**	**5508**	**100,0**	**74038**	**100,0**

(*) 1995 (Dados preliminares até semana 48, terminada em 02/12)
(1) Caso e/ou categoria não investigada ou transmissão investigada sem, entretanto, ser caracterizada, ou outra categoria definida na investigação, excluindo as acima relacionadas.
Dados sujeitos à revisão

INTRODUÇÃO

ÁLVARO NASCIMENTO *

Desde há muito tempo, laços estreitos aproximam o trabalho desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz na área da pesquisa, ensino, controle de qualidade, assistência, produção de insumos e disseminação de informação em saúde, do esforço da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) na luta pela implantação de uma política eficaz de prevenção, controle e tratamento da doença.

Em vários momentos - como na busca de um controle eficaz da qualidade do sangue e na formatação de um texto constitucional que garantisse saúde como um direito de todos - Fiocruz e Abia caminharam ombro a ombro, buscando elevar consciências, informar e mobilizar profissionais de saúde, parlamentares, autoridades sanitárias e a chamada sociedade civil organizada.

Particularmente o Programa Radis abriu suas páginas em diversas oportunidades para que tanto a Abia como outras Organizações Não-Governamentais preocupadas com a questão saúde se fizessem ouvir.

Até por este passado, mas não só por ele, foi com satisfação que encontramos a excelente "Coleção Abia - Série Tratamentos", com valiosas informações a respeito das doenças oportunistas causadas pela Aids, incluindo causas, principais sintomas e os tratamentos indicados.

Os dados são de grande importância tanto para os doentes como para os profissionais de saúde que previnem ou tratam as vítimas da epidemia no Brasil. Como entre os quase 40 mil leitores do Radis espalhados em todo o País e no exterior muitos trabalham nos serviços de saúde, as informações contidas no excelente trabalho publicado pela Abia é de grande ajuda para se entender a magnitude não apenas da epidemia, mas das doenças oportunistas dela advinda.

Baseada no material "Treatment Issues, Fact Sheef", editado nos Estados Unidos pela Gay Men's Health Crisis (GMHC), a Série Tratamentos, da Abia, passou por uma criteriosa avaliação de especialistas em HIV/Aids brasileiros que adaptaram o texto à realidade da epidemia no Brasil, num esforço que contou, ainda, com a participação de tradutores e revisores da Universidade de São Paulo (USP).

É um trabalho que cai como uma luva nesta DADOS denominada "2 em 1", que tem, ainda, outra capa, outra apresentação e outro excelente estudo produzido por Francisco Inácio Bastos, que começa do outro lado da revista. Médico formado em 1981 pela Uerj, doutor em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz e trabalhando hoje no Departamento de Informações para a Saúde da Fundação (com quatro livros publicados sobre o assunto), ele preparou um trabalho revelador sobre a mutação que vem se registrando na epidemia de Aids, apresentando dados da OMS e do Ministério da Saúde sobre a proliferação da doença no Brasil e no mundo.

*** *Álvaro Nascimento* é Editor e Coordenador do Programa Radis/Ensp/Fiocruz.**

HERPES

O que é herpes?

Herpes é o nome de uma família de vírus. Os vírus do herpes causam diversas infecções e doenças em muitas pessoas, com ou sem HIV. Esses vírus quase sempre causam erupções na superfície externa do corpo: herpes labial, vesícula (pequenas bolhas), dores nos órgãos genitais, catapora e herpes-zoster. O citomegalovírus (CMV), uma infecção interna muito séria em pacientes com AIDS, é um outro tipo de vírus do herpes.

Quais são os sinais de herpes?

Os principais tipos de infecções de herpes e seus sinais estão descritos a seguir. Se você apresentar qualquer um desses sinais, procure seu médico imediatamente.

HERPES SIMPLES I: Pessoas com herpes simples I estão sujeitas a desenvolver herpes e bolhas nos lábios durante alguns dias ou algumas semanas. Outros sintomas podem incluir febre, cansaço, glândulas inchadas e dores musculares. Esses sinais podem ser consideravelmente mais severos e duradouros em pacientes com AIDS.

HERPES SIMPLES II: Em pacientes com herpes simples II é comum o surgimento de feridas doloridas nos órgãos genitais ou no ânus. Antes de uma crise de herpes, e durante ela, os pacientes algumas vezes sentem sintomas parecidos com os da gripe. Também nesse caso, os sintomas podem ser consideravelmente mais severos e duradouros nas pessoas com HIV.

HERPES-ZOSTER: Pessoas com herpes-zoster costumam apresentar erupções cutâneas dolorosas que geralmente se desenvolvem em bolhas com conteúdo líquido. O herpes-zoster é causado pelo mesmo vírus da catapora. Na verdade, é uma reativação de uma antiga infecção de catapora, ocorrida há muitos anos. Crises de herpes-zoster são resultado da queda da imunidade do corpo, como acontece em portadores do HIV e em pacientes idosos ou com AIDS.

As infecções de herpes podem ser tratadas?

Essas infecções podem ser tratadas, mas o vírus não pode ser eliminado — é possível apenas reduzir sua atividade. O tratamento para uma crise de herpes simples I ou II deve ser iniciado até seis dias após o aparecimento dos primeiros sinais, para que seja possível contê-la rapidamente. O herpes simples e o herpes-zoster são normalmente tratados com um medicamento chamado aciclovir, que costuma ser prescrito em compridos ou em pomada.

As infecções por herpes podem ser evitadas?

As infecções de herpes simples costumam se tornar menos intensas a cada vez que reaparecem, e com o tempo podem desaparecer espontaneamente. Consulte seu médico para saber se você precisa de um tratamento preventivo.

Tanto o herpes simples I quanto o II se espalham facilmente quando há feridas, mas ocasionalmente se desenvolvem em pessoas que não apresentam sintomas, mas são portadoras do vírus. As pessoas contraem herpes através de contatos físicos íntimos, como beijo e relações sexuais. As feridas dos herpes I e II podem se propagar entre a boca e os órgãos genitais dos parceiros durante o sexo oral. Camisinhas reduzem as chances de transmissão durante as relações sexuais. Para evitar que as infecções de herpes se espalhem para outras partes do seu corpo, não coce ou irrite as bolhas e procure seu médico assim que perceber uma erupção.

Muitas pessoas acreditam que as crises de herpes simples estão relacionadas a estresse emocional. A prática de técnicas que visam a redução do estresse, como meditação ou ioga, além da aprendizagem de habilidades para lidar melhor com os problemas, pode ajudar a prevenir a reativação de antigas infecções de herpes.

Se você nunca teve catapora, deve evitar o contato com quem esteja com herpes- zoster. Há uma vacina para a catapora, mas ainda não foi utilizada em larga escala.

Pergunte ao seu médico sobre os seguintes medicamentos, vitaminas e minerais para o tratamento e prevenção das infecções por herpes:

Aciclovir está disponível em comprimidos, pomada e soluções injetáveis; os efeitos colaterais são raros e restringem-se a náuseas e dores de cabeça.

Valaciclovir é uma versão experimental do aciclovir, que apresenta melhor absorção oral. Não há no Brasil.

Fanciclovir é uma versão do aciclovir que apresenta melhor absorção oral. Não há no Brasil.

AIDS NO BRASIL: UMA EPIDEMIA EM MUTAÇÃO

A dinâmica da Epidemia de AIDS no Brasil a Partir dos Casos Notificados

A epidemia de AIDS iniciou-se no Brasil nas suas duas Metrópoles Nacionais[1] - São Paulo e Rio de Janeiro -, ambas situadas na Região Sudeste, que apresentam, hoje, taxas de incidência acumulada elevadas: o município de São Paulo com 220,9/100.000 hab. e o do Rio de Janeiro com 143,8/100.000 hab.[2]. A epidemia torna-se visível do ponto de vista médico e social nos primeiros anos da década de 80, entre homossexuais masculinos, tendo sido os dois primeiros casos notificados na Cidade de São Paulo em 1982.

Até 1987, havia ainda estados da federação, nas Regiões Norte e Nordeste do país, com menos de 5 casos notificados da doença e a epidemia se restringia, basicamente, às metrópoles nacionais supra-citadas e às metrópoles regionais das Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. De modo contínuo, a epidemia se difunde para o conjunto da federação, com taxas anuais de incidência crescentes na maior parte das Unidades da Federação até 1993[3]

Assim, especialmente, o Estado de São Paulo (com taxa de 22,9/100.000 hab. para 1993), o Estado do Rio de Janeiro (com 12,8 para o mesmo ano) e o Distrito Federal (com 12,9), apresentam taxas de incidência anuais elevadas, sendo o coeficiente de incidência paulista algo superior ao da Espanha (país europeu mais afetado pela epidemia - 19,1/100000 hab. em 1994) e o do Rio de Janeiro e Distrito Federal algo superiores aos valores registrados na Itália, segundo país europeu mais atingido pela epidemia (10/100.000 hab. em 1994). Cabe observar que essas taxas são, mesmo nas Unidades onde mais se disseminou a epidemia, bastante inferiores à dos Estados Norte-americanos onde a epidemia é de maior magnitude como o Estado de Nova York (83,3/100.000 hab. para 1993/4) ou a Califórnia (46,1).[4]

O início dos anos 90 testemunha taxas anuais de incidência elevadas em regiões geograficamente afastadas do Sudeste, como a Região Centro-Oeste (com uma taxa global de 5,4 - para o ano de 1992), e em estados da Região Norte como Roraima (5,1 em 1991).

Portanto, observa-se que, paralelamente, à contínua expansão da epidemia nos epicentros geográficos tradicionais, esta se difunde para o conjunto do país.

TUBERCULOSE

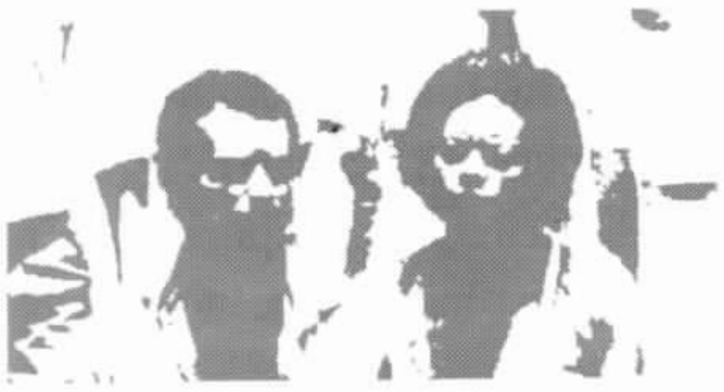
O que é tuberculose (TB)?

A tuberculose (TB) é uma doença causada por uma bactéria (germe) que se espalha pelo ar, em geral quando alguém que sofre dessa doença tosse ou espirra. Qualquer pessoa pode ser infectada pelos bacilos da TB, porém as que são HIV positivas correm risco maior de contrair a doença. Embora a TB possa ocorrer em qualquer lugar do corpo, apenas a TB pulmonar e da garganta são contagiosas. A TB pode ocorrer em qualquer faixa de contagem das células CD4, acima ou abaixo de 200.

Qual é a diferença entre infecção TB e doença TB?

A infecção TB (TB latente) significa apenas que os bacilos da TB penetraram em seu corpo. As pessoas infectadas pela TB geralmente não apresentam sintomas, e a maior parte delas não desenvolve a doença e nem a transmite.

Ter a doença TB (TB ativa) significa que os bacilos da TB entraram em atividade em seu corpo e farão com que você adoeça. Apenas as pessoas com TB ativa podem transmiti-la aos outros. Esta doença pode ser evitada ou curada, mas sem tratamento pode ser fatal.



Quais são os sinais e sintomas de doença TB?

Os sintomas gerais da doença TB são febre, suores noturnos, perda de peso, fadiga e anorexia. A TB pulmonar provoca tosse persistente e, às vezes, sangue na expectoração (catarro). A doença TB pode acontecer junto com outras infecções, especialmente pneumonia por *Pneumocystis carinii* (PPC) e micobacteriose (*Mycobacterium avium* complex - MAC).

Como um médico pode dizer se tenho TB?

Para se diagnosticar a infecção TB é necessário fazer um teste especial na pele, chamado PPD (teste de Mantoux), que provoca inchaço por vários dias, caso você esteja infectado. Um teste positivo indica que a pessoa tem **infecção** TB. Para saber se você tem a **doença** TB ativa, é preciso fazer raio x de tórax e cultura da expectoração. Caso você tenha HIV, o teste PPD talvez não funcione.

TB pode ser evitada?

A isoniazida, também chamada INH, é um antibiótico em pílulas aprovado para a prevenção da doença. Deve ser tomado durante pelo menos um ano e é indicado para todas as pessoas com HIV que sejam positivas para o teste de PPD. As pessoas com HIV e também com infecção TB apresentam 10% de risco de desenvolver a doença TB ativa. Seu médico deve fazer acompanhamento mensal dos efeitos colaterais da INH. Caso você esteja infectado e não possa tomar remédio para evitar a doença TB, é muito importante fazer consultas médicas com regularidade e entrar em contato com seu médico logo que comece a apresentar sinais da doença TB ativa. **Lembre-se**: sempre que tossir ou espirrar use lenços de papel e peça às outras pessoas para fazerem o mesmo.

Há tratamento para TB?

Sim. A doença TB pode ser tratada e curada com medicação. O tratamento de TB começa com pelo menos quatro medicamentos, mas esse número pode ser reduzido após dois meses. As pessoas com HIV precisam tomar os remédios por tempo mais prolongado que as outras. É importante que você tome toda a medicação até o médico garantir que a TB está curada. Pular alguns horários ou interromper a medicação porque se sente melhor pode fazer com que sua TB volte a ficar contagiosa. Também pode ficar mais difícil de ser tratada, e talvez você piore.

Alguns medicamentos geralmente usados para tratar TB:

ISONIAZIDA (INH) - efeitos colaterais: problemas de fígado, dor ou formigamento nas mãos e pés (neuropatia), febre e erupções cutâneas. **Dicas:** às vezes deve ser tomada em jejum, e outras com alimentação para reduzir problemas de estômago; tome vitamina B6 para reduzir a neuropatia; não tome bebidas alcoólicas (aumentam os problemas de fígado); não faça uso de antiácidos que contenham alumínio, nem de laxantes (reduz a absorção do INH).

RIFAMPICINA - efeitos colaterais: problemas de fígado, febre, sintomas parecidos com os de gripe, pode tornar os líquidos do seu corpo alaranjados (urina, fezes, secreções) e provocar manchas permanentes em lentes de contato gelatinosas. Os pacientes em tratamento com metadona podem precisar de um aumento de até 50% para evitar sintomas de suspensão. **Dicas:** não tome bebidas alcoólicas; não tome com alimentação; pular horários da medicação pode provocar sintomas parecidos com os de gripe.

ETAMBUTOL - efeitos colaterais: náusea, vômito, problemas oculares e erupções cutâneas.

PIRAZINAMIDA - efeitos colaterais: náusea, vômito, erupções cutâneas, problemas de fígado, dores nas articulações. **Dicas:** tome bastante líquido diariamente.

ESTREPTOMICINA (injetável) - efeitos colaterais: problemas renais, de audição e sangüíneos. **Dicas:** avise seu médico em caso de qualquer febre, náusea, vômito, erupção cutânea, reação alérgica, tontura, perda de audição ou respiração difícil.

ÁCIDO *P*-AMINOSSALICÍLICO (PAS) - efeitos colaterais: reação alérgica severa, náusea, problemas de fígado, deficiência de vitamina B12 e problemas sangüíneos. **Dicas:** tome com alimentação para reduzir os problemas estomacais; avise seu médico em caso de erupção cutânea, febre, inflamação da garganta, sangramento fora do comum ou hematoma.

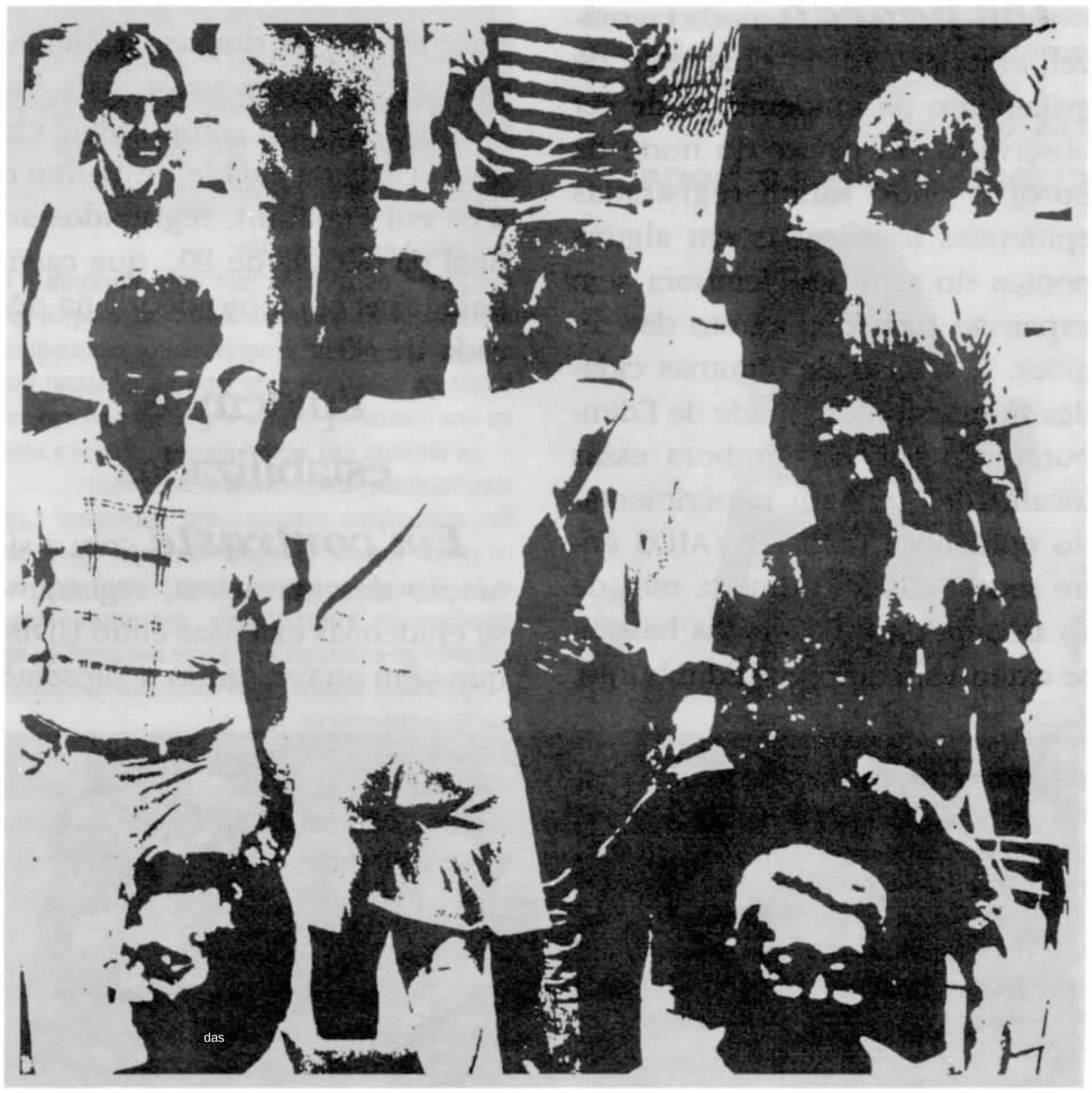
O que é tuberculose resistente (TBR)?

A **TBR** é a tuberculose resistente ao tratamento por, pelo menos, duas das drogas normalmente usadas no tratamento da TB (INH e rifampicina). Sua TB pode se tornar resistente caso você não receba tratamento por tempo suficiente, não tome os medicamentos corretos ou os tome de forma inadequada. Você também pode se infectar diretamente com a TBR. Como a TBR muitas vezes causa a morte de pessoas com HIV em poucas semanas, o tratamento preventivo de suspeitas de infecções TBR é altamente recomendável. O tratamento da doença TBR exige o uso de cinco ou seis medicamentos, que variam de acordo com o padrão de resistência ao medicamento em sua área geográfica.

2. Tipologia das Epidemias entre Usuários de Drogas Injetáveis

Epidemias prevenidas

Dentre os países participantes do Estudo da OMS, a Austrália pode ser considerada o melhor exemplo de uma epidemia prevenida entre UDIs. Os dados epidemiológicos referentes à Austrália no início da década de 80 indicavam fortes possibilidades de disseminação do HIV entre os UDIs, a partir da extensa epidemia entre homens que fazem sexo com homens que teve lugar naquele país (através do presumível "efeito-ponte" de homens homo e bissexuais que faziam uso de drogas por via injetável, verificado em outros países). Tal não ocorreu, e, apesar dos níveis decrescentes mas ainda elevados de disseminação na comunidade gay australiana nos anos 90, a epidemia entre UDIs não chegou a existir propriamente - estudos seriados de soroprevalência em populações as mais diversas de UDIs (em tratamento, nas ruas, nos presídios) quase nunca registraram taxas de soroprevalência para o HIV maiores que 5%.



Como se pode verificar na Tabela 2, Sidney, na Austrália, foi uma das primeiras cidades a contar com um conjunto de programas de troca e/ou desinfecção de seringas, de ampla cobertura face à demanda. Embora não seja possível correlacionar de forma inequívoca o papel desses programas e o curso da epidemia, uma vez que existem inúmeros outras variáveis envolvidas (tais como a mudança espontânea de comportamentos, ou o efeito das alternativas de tratamento), diversos trabalhos australianos comprovam a eficácia dos programas analisados isoladamente. Uma característica quase exclusiva da experiência australiana (apenas tentada também na Alemanha e Holanda) é a utilização de fundos públicos no financiamento de ações preventivas coordenadas por associações dos próprios usuários.

Sidney tem em comum com outras cidades que têm mantido, ao longo já de uma década e meia, níveis consistentemente baixos de soroprevalência Para o HIV entre seus UDIs, como Glasgow, Escócia; Tacoma, Washington, EUA; Toronto, Canada ou Lund na Suécia, características tais como: a introdução precoce das medidas preventivas, acesso expandido ao equipamento estéril de injeção e intenso trabalho comunitário.Cabe observar que todas essas cidades se beneficiaram de vantagens estruturais: população relativamente invariável de UDIs; "cenas de uso" relativamente constantes (em termos de preços e produtos), boa interação entre as políticas de saúde pública e a população e a mídia local e uma mudança espontânea relevante por parte dos próprios UDIs.

CRIPTOSPORIDIOSE E MICROSPORIDIOSE

O que é criptosporidiose?

Criptosporidiose é uma doença causada no intestino por um parasita, chamado *criptosporidium*. Muitas pessoas estão expostas a este agente, mas as que possuem o sistema imunológico saudável normalmente livram-se do parasita sem que apresentem qualquer sintoma ou fiquem doentes. Seu médico pode solicitar um exame de fezes para descobrir se você tem essa doença. Existe uma outra doença chamada meningite criptocócica, completamente diferente da criptosporidiose.

Quais são os sinais de criptosporidiose?

Portadores de criptosporidiose normalmente têm diarréia aquosa por mais de 4 vezes por dia. Perda de peso, náusea, vômito, cólica, dor de estômago e febre também são sintomas comuns, que podem se desenvolver lentamente. Se você estiver com diarréia por muito tempo, é bem provável que esteja perdendo importantes líquidos, vitaminas e sais minerais necessários à vida. Se estiver com diarréia crônica ou qualquer um dos outros sintomas, você deve procurar seu médico imediatamente.

Criptosporidiose pode ser evitada?

A criptosporidiose é muito contagiosa, sendo difícil evitar o contato com o germe. A melhor forma de evitar essa doença é estar sempre limpo, lavar as mãos com freqüência (principalmente após a relação sexual e após ir ao banheiro) e evitar a presença de fezes nas mãos e na boca.

Pode-se contrair a criptosporidiose da água que se bebe, por isso é aconselhável tomar água filtrada ou fervê-la antes de beber.

Há como se tratar de criptosporidiose?

Não existe um medicamento que mate o germe completamente, mas há alguns que que ajudam a controlar a diarréia. O medicamento mais comumente usado nos casos de criptosporidiose é a espiramicina e a paramomicina. A azitromicina também pode ser útil. Um medicamento experimental testado atualmente contra a criptosporidiose é o letrazuril. Às vezes, os sintomas da criptosporidiose podem diminuir sem qualquer medicação. Não se sabe exatamente por que isso acontece; pode estar relacionado a melhorias no sistema imunológico, decorrente de drogas anti-retrovirais, como o AZT, ou de outras causas desconhecidas.

Algumas pessoas têm demonstrado serem capazes de controlar a diarréia por meio de alterações na alimentação. Indivíduos com criptosporidiose muitas vezes evitam laticínios (leite, queijo, sorvete), comidas e bebidas que contenham cafeína (café, chocolate, chá, refrigerantes) e alimentos gordurosos.

Na maioria das vezes, medicamentos à venda nas farmácias contra a diarréia não são capazes de controlar esse tipo de diarréia, podendo até piorá-la. Medicamentos contra diarréia acessíveis mediante prescrição médica são cloridrato de difenoxilato mais atropina e o cloridrato de loperamide.

O que é microsporidiose?

Microsporidiose também é uma doença causada por um parasita em pessoas com HIV. É difícil para o seu médico descobrir se você tem essa doença ou não. Normalmente isso exige que ele faça um exame chamado biópsia, em que uma pequena amostra da parede do intestino é removida e examinada.

Quais são os sinais de microsporidiose?

Pessoas com microsporidiose podem ter diarréias graves, como acontece na caso da criptosporidiose. Se os seus olhos estiverem coçando o tempo todo ou sensíveis à luz, pode ser um sinal de microsporidiose nos olhos. A microsporidiose também pode infectar o fígado, os rins, os músculos e o cérebro.

Microsporidiose pode ser evitada?

Não se sabe ao certo como as pessoas contraem a microsporidiose. Por isso, é importante tomar precauções como lavar e cozinhar bem os alimentos, beber água limpa e usar camisinha na relação sexual.

Há como se tratar de microsporidiose?

Como para a criptosporidiose, não há um tratamento comprovado para a microsporidiose, a não ser os medicamentos para reduzir a diarréia. O albendazol é um medicamento experimental disponível para uso em pesquisas clínicas na Universidade de Nova York e está disponível no Brasil. O albendazol demonstra eficiência em pelo menos metade dos pacientes. Outros medicamentos em uso contra a microsporidiose são a paramomicina, metronidazol e itraconazol (contra a microsporidiose nos olhos).

Quais são os efeitos colaterais dos tratamentos contra criptosporidiose e microsporidiose?

Paramomicina: náusea, danos reversíveis aos rins, possível perda da audição.
Azitromicina: náusea, possível perda da audição (muito raro).
Itraconazol: náusea, dor de cabeça, dor de estômago. Fornecido gratuitamente no Brasil.
Metronidazol: dor de estômago, febre, náusea. Fornecido gratuitamente no Brasil.
Albendazol: toxicidade hepática, neutropenia. Fornecido gratuitamente no Brasil.

DISSEMINAÇÃO DO HIV/AIDS ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS

(Em cidades que integraram o Estudo Multicêntrico da Organização Mundial da Saúde)

1. Alternativas Preventivas

Diferentemente das previsões feitas no início da década de 80 (quando apareceram os primeiros casos de AIDS entre usuários de drogas), que acreditavam ser o uso injetável de drogas um comportamento bastante mais restrito do que de fato é, hoje, a epidemia pelo HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDIs) atinge 60 diferentes países desenvolvidos e em desenvolvimento.

A gravidade dessa situação despertou o interesse da Organização Mundial da Saúde (OMS) que decidiu coordenar um Estudo Multicêntrico em diversas cidades de todo o mundo, e que deverá contar com uma segunda fase, bastante ampliada, a partir do corrente ano.

Entre 1990 e 1993, 13 cidades de todo o mundo, aí incluídas duas cidades brasileiras - Rio de Janeiro e Santos - integraram o estudo multicêntrico patrocinado pela OMS, que estudou a disseminação do HIV e da AIDS entre UDIs.

Os dados foram sistematizados em um relatório recentemente publicado por aquela Organização, e um livro, contendo dados do Estudo e de outras fontes, será publicado em breve na Inglaterra. Uma das muitas análises que podem ser extraídas desse estudo comparativo é a que contrasta um quadro de expansão relevante da epidemia entre UDIs em países pobres e/ou com bolsões de pobreza (como em algumas cidades norte-americanas), com uma epidemia incipiente ou, hoje, sob controle em países desenvolvidos - que implementaram medidas preventivas numa maior extensão e mais precocemente.

O pesquisador americano Don Des Jarlais estabeleceu uma tipologia que classifica as epidemias pelo HIV/AIDS entre UDIs em três categorias: epidemias prevenidas, quadros intermediários e epidemias estabelecidas. São muito acentuadas as diferenças entre aquelas cidades que contaram com uma implementação precoce e vigorosa de medidas preventivas (quase todas com baixos índices de soroprevalência para o HIV-1) e as cidades que se limtaram a medidas mais assistemáticas e/ou tardias (e uma política de drogas praticamente restrita ao aparelho jurídico-policial) - quase invariavelmente com altos índices de soroprevalência para o HIV-1.

Embora a epidemia pelo HIV/AIDS dependa diretamente da interação íntima entre indivíduos, como ocorre nas relações sexuais desprotegidas ou no uso compartilhado de agulhas e seringas, revela-se muito simplista entender a questão apenas de um ponto de vista do comportamento individual ou da interação bipessoal. Isso devido a várias constatações: Diferenças marcantes com relação à dinâmica da epidemia em

TABELA 7

Distribuição das doenças associadas quando da notificação do caso de AIDS por período de diagnóstico - Brasil. 1980-1995*

Agente etiológico/agravo	1980 - 1984			1985 - 1987			1988 - 1995			Total		
	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)	Nº	%	(%)
CANDIDÍASE (ESÔFAGO, TRAQUÉIA, BRÔNQUIOS,PULMÃO)	96	28,4	(50,8)	2147	33,9	(52,3)	25480	28,7	(35,3)	27723	29,0	(36,3)
PNEUMONIA POR P. carinii	47	13,9	(24,9)	1011	16,0	(24,6)	18491	20,8	(25,6)	19549	20,5	(25,6)
TUBERCULOSE DISSEMINADA/EXTRA-PULMONAR/NÃO CAVITÁRIA	30	8,9	(15,9)	791	12,5	(19,3)	10914	12,3	(15,1)	11735	12,3	(15,4)
TOXOPLASMOSE CEREBRAL	16	4,7	(8,5)	487	7,7	(11,9)	10395	11,7	(14,4)	10898	11,4	(14,3)
HERPES SIMPLES (MUCOCUTÂNEO, ESÔFAGO, BRÔNQUIOS, PULMÃO)	28	8,3	(14,8)	416	6,6	(10,1)	4399	5,0	(6,1)	4843	5,1	(6,3)
SARCOMA DE KAPOSI	41	12,1	(21,7)	493	7,8	(12,0)	3521	4,0	(4,9)	4055	4,2	(5,3)
OUTRAS INFECÇÕES BACTERIANAS	3	0,9	(1,6)	136	2,1	(3,3)	3152	3,6	(4,4)	3291	3,4	(4,3)
CRIPTOCOCOSE (EXTRA-PULMONAR)	16	4,7	(8,5)	232	3,7	(5,7)	3022	3,4	(4,2)	3270	3,4	(4,3)
CITOMEGALOVIROSE	31	9,2	(16,4)	187	3,0	(4,6)	2358	2,7	(3,3)	2576	2,7	(3,4)
CRIPTOSPORIDÍASE	9	2,7	(4,8)	136	2,1	(3,3)	1875	2,1	(2,6)	2020	2,1	(2,6)
MICOBACTERIOSES DISSEMINADAS (NÃO TUBERCULOSE)	9	2,7	(4,8)	112	1,8	(2,7)	1803	2,0	(2,5)	1924	2,0	(2,5)
ISOSPORÍASE	-	-	(-)	51	0,8	(1,2)	1219	1,4	(1,7)	1270	1,3	(1,7)
HISTOPLASMOSE DISSEMINADA	1	0,3	(0,5)	32	0,5	(0,8)	478	0,5	(0,7)	511	0,5	(0,7)
LINFOMA NÃO HODGKIN	4	1,2	(2,1)	21	0,3	(0,5)	415	0,5	(0,6)	440	0,5	(0,6)
LEUCOENCEFALOPATIA MULTIFOCAL PROGRESSIVA	1	-	(-)	6	0,1	(0,1)	429	0,5	(0,6)	436	0,5	(0,6)
LINFOMA NÃO ESPECIFICADO	5	1,5	(2,6)	62	1,0	(1,5)	328	0,4	(0,5)	395	0,4	(0,5)
SALMONELOSE (SEPTICEMIA RECORRENTE)	-	-	(-)	10	0,2	(0,2)	304	0,3	(0,4)	314	0,3	(0,4)
LINFOMA PRIMÁRIO DO CÉREBRO	1	0,3	(0,5)	5	0,1	(0,1)	106	0,1	(0,1)	112	0,1	(0,1)
COCCIDIOIDOMICOSE DISSEMINADA	-	-	(-)	2	0,0	(0,0)	79	0,1	(0,1)	81	0,1	(0,1)
Total	**338**	**100,0**		**6337**	**100,0**		88768	100,0		**95443**	**100,0**	

(*) 1995 (Dados preliminares até semana 48, terminada em 02/12)

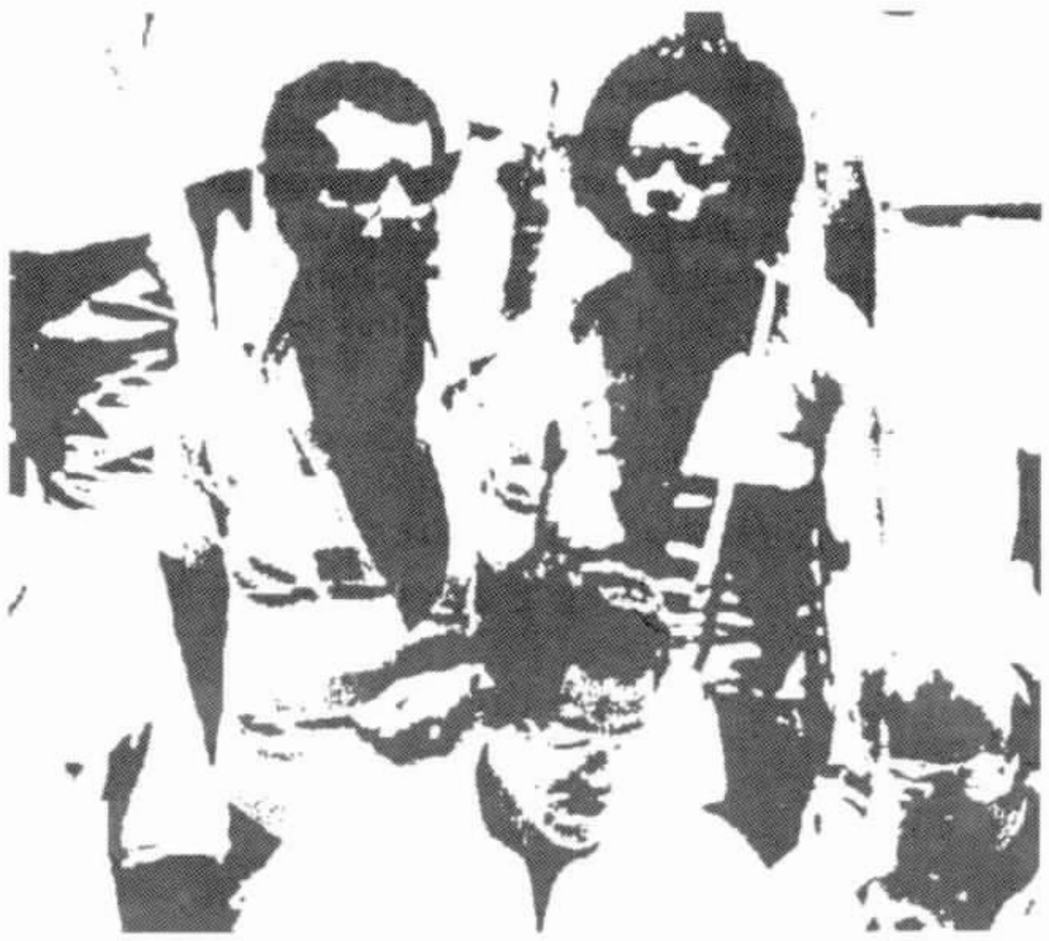
( ) Os dados entre parênteses resultam da razão diagnósticos/casos registrados

ABIA

Série Tratamentos

APRESENTAÇÃO

As informações a respeito da epidemia de HIV/AIDS nem sempre são repassadas às pessoas - principalmente às diretamente afetadas - na velocidade em que deveriam. Foi pensando nisso que a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS criou a **Coleção ABIA**: sempre que possível, e baseados no aval de especialistas, apresentaremos da maneira mais simples e direta possível informações sobre um determinado assunto.



Visando ser um instrumento de consulta preliminar, **Coleção ABIA** compõe-se de folhas avulsas que formam uma série, o que permite a inclusão periódica de novos materiais a respeito do tema abordado, bem como sua reprodução por parte dos leitores.

Inauguramos a **Coleção ABIA** com a *Série Tratamentos*, uma tradução do material "Fact Sheet - Treatment Issues", da Gay Men's Health Crisis (GMHC). Na produção desta série a ABIA contou com a valorosa colaboração de especialistas em HIV/AIDS que fizeram a adaptação dos textos à realidade brasileira. Contou também com a inestimável colaboração de tradutores e revisores, principalmente do CITRAT/USP. Nesta série, apresentamos causas, sintomas e tratamentos de algumas das principais doenças e infecções que afetam as pessoas com HIV, como candidíase, citomegalovírus, criptosporidiose e microsporidiose, herpes, micobacteriose, sarcoma de Kaposi, toxoplasmose e tuberculose.

A Coleção ABIA espera ser um espaço de informações e esclarecimentos relativos à epidemia de HIV/AIDS, como também um instrumento prático para auxiliar na melhora da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil.

Rio de Janeiro, março de 1996

Este material foi editado no Brasil pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) a partir da série "Treatment Issues, Fact Sheet - GMHC". / ABIA: Rua Sete de Setembro, 48/12º andar - RJ - 20050-000
Tel.: (021)224-1654 Fax: (021) 224-3414 / GMHC: 129 W. 20 St., NY, NY, USA, 10011
Apoio: SCIAF / Tiragem: 2000 exemplares, 1996 / Coordenação editorial: Jane Galvão e Jacinto Corrêa
Consultoria: Jorge Beloqui - NEPAIDS - USP / Tradução : Roneide Venancio Majer
Revisão médica: Dr. Dráuzio Varella / Revisão da tradução: Regina Alfarano - CITRAT - USP
Revisão final: Marcelo Secron Bessa / Programação visual: Heliana Soneghet Pacheco

Mais informações: "Guia de Condutas Clínicas em DST/AIDS" e "Co-Infecção TB/HIV/AIDS", do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde.